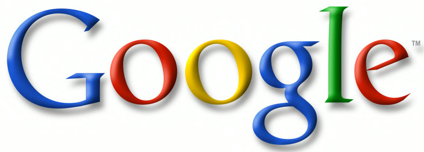

Google

ANNALES
D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

PAR LE DOCTEUR **FLORENT CUNIER**,

Médecin-oculiste, chirurgien de l'Institut ophthalmique de Bruxelles,
ancien médecin militaire, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique,
de l'Académie impériale de médecine de Rio-de-Janeiro,
des Académies de médecine et de chirurgie de La Corogne, Madrid et Valence,
de l'Académie royale des sciences naturelles de Madrid,
de l'Académie d'histoire naturelle et des sciences de la Nouvelle-Orléans,
de la Société impériale et royale des médecins de Vienne,
des Sociétés royales des sciences médicales de Copenhague et de Lisbonne,
des Sociétés médicales d'émulation de Lyon et de Paris,
des Sociétés de médecine d'Angers, Anvers, Bordeaux, Gand, Hambourg, Londres,
Lyon, Nantes, Rotterdam, Strasbourg, Verviers,
du Cercle médical et du Cercle pharmaceutique de Montpellier,
du Cercle médico-chimique et pharmaceutique de Liége,
des Sociétés médico-chirurgicales d'Amsterdam, Berlin, Bruges, Montpellier,
des Sociétés des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, Dresde, Heidelberg et Malines,
des Sociétés des sciences naturelles de Bruges et de Halle,
des Sociétés médico-physiques d'Erlangen et de Hoorn,
de la Société de médecine légale du grand-duché de Baden,
de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers,
des Sociétés royales des arts, sciences et lettres du Hainaut et d'Anvers, etc., etc.

Huitième Année.

TOME XIII.

3e SÉRIE. — TOME Ier.

BRUXELLES,
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, rue des Comédiens;
ET A PARIS,
Chez M. GERMER BAILLIÈRE, 17, rue de l'École-de-Médecine.

1er SEMESTRE 1845.

LISTE DE MM. LES COLLABORATEURS.

ANGLETERRE.

MM. Lawrence, à Londres. Mackenzie, à Glasgow. Middlemore, à Birmingham.

AUTRICHE.

MM. Gulz, à Vienne. Piringer, à Gratz.

BADEN.

MM. Chelius, à Heidelberg. Scherrer, à Constance.

BAVIÈRE.

MM. C. Canstatt et Heyfelder, à Erlangen. Textor, à Würzbourg.

BELGIQUE.

MM. Ansiaux (Jules), à Liége. Burggraeve, à Gand. Decondé, à Arlon. Dethier et Fallot, à Namur. Gouzée, à Anvers. Hairion, à Louvain. Henrotay, à Anvers. Jans, à Peér. Loiseau, à Namur. Riecken, à Bruxelles. Schoenfeld, à Charleroi. Stiévenart, à Mons. Verheyen, à Bruxelles.

BRÉSIL.

M. R. J. Faria de Mattos, à Maranhão.

DANEMARCK.

M. N. G. Melchior, à Copenhague.

FRANCE.

MM. A. Bérard, à Paris. Bouchacourt, à Lyon. Caffe, Carron du Villards, Desmarres et Deval, à Paris. Duval, à Argentan. Furnari, à Paris. Guépin, à Nantes. Miquel, à Paris. Mirault, à Angers. Pamard, à Avignon. Pétrequin, à Lyon. Rognetta, à Paris. Serre (d'Uzès), à Alais. Serre, à Montpellier. Sichel, à Paris. Stoeber, à Strasbourg. Szokalski et Velpeau, à Paris.

GUATÉMALA (Amérique centrale).

M. Fleussu, à Santo-Thomas.

HOLLANDE.

MM. Kerst, à Utrecht. Hendricksz (W.), à La Haye. Mensert, à Amsterdam. Sebastian, à Groningue. Snabilié, à La Haye. Van den Broek, à Hoorn.

PORTUGAL.

M. Kessler, à Lisbonne.

PRUSSE.

MM. Andreae, à Magdebourg. Blasius, à Halle.

RUSSIE.

MM. Evenius, à Moscou. Vanzetti (le professeur), à Karkov.

SAXE.

MM. Ammon (le chevalier d'), Baumgarten, Beger, Stricker et Warnatz, à Dresde.

SUISSE.

M. Maunoir (le professeur), à Genève. Rau, à Berne.

TURQUIE.

M. Rigler, à Constantinople.

WURTEMBERG.

M. G. Hoering, à Heilbronn.

Impr. de N.-J. Gregoir, 66, Fossé aux Loups

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIII. 1re livraison. — 2e série. Tome Ier.

(JANVIER 1845.)

DES LUNETTES ET DES ÉTATS PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LEUR USAGE IRRATIONNEL;

Par le docteur SICHEL.

Leçons cliniques recueillies par le docteur DEBOUT.

Quels sont les avantages et quels peuvent être les inconvénients de l'usage des lunettes? Ce sont des questions que les praticiens, faute d'études spéciales, ne peuvent résoudre. Je dirai plus, c'est qu'il faut avoir été témoin de quelques-uns de ces cas dans lesquels l'abstinence de lunettes, ou la substitution d'un numéro de verre à un numéro mal adapté à la vision de la personne réclamant un conseil, amenait un résultat instantané qui détruisait un pronostic fatal d'un commencement d'amaurose, pour croire à toute l'importance des préceptes que nous avons recueillis dans les leçons de notre confrère, le docteur Sichel. Bien convaincu que les conseils qui nous ont été donnés pourront être d'une grande utilité, nous les soumettons à l'examen de nos collègues.

Je me rappellerai toujours l'exemple d'une jeune fille qu'un travail assidu sur de la dentelle avait rendue presque aveugle, et qui put reprendre, au bout de quinze jours d'un traitement excessivement simple, son travail qu'elle avait cessé depuis trois mois, pendant lesquels elle avait été soumise en vain à des moyens thérapeutiques fort complexes et énergiques, par un confrère distingué que plusieurs travaux littéraires sur les maladies des yeux ne permettent point de supposer étranger à ces questions. Cet exemple n'est point le seul sur lequel nous puissions nous appuyer pour montrer la nécessité de donner de la publicité à ces leçons; car rien de

bien précis, et surtout de pratique, n'a encore été publié sur ce point.

Sans rappeler toutes les considérations générales d'optique dans lesquelles le professeur est entré comme préliminaires de ses leçons, laissant à ceux auxquels ces notions seraient nécessaires de recourir aux traités de physiologie et de physique, nous devons cependant rapporter quelques-unes des particularités qui nous ont été signalées, car elles sont indispensables pour bien comprendre la valeur des préceptes qui nous ont été posés. Nous voulons parler surtout de cette faculté que possède l'organe de la vue de s'accommoder d'une manière pour ainsi dire instantanée aux distances différentes des objets.

§ I. — *Portée de la vue.* — Tout le monde sait que la portée de la vue est différente selon les individus; les extrêmes seules ont reçu une dénomination particulière : *la presbytie* ou vue longue, de πρέσϐυς, *vieillard*, parce que la portée de la vue tend à augmenter avec l'âge, et *la myopie*, de μυειν, *cligner*, contracter les paupières, à cause du mouvement instinctif que font les personnes dont le foyer de la vue est très-court, afin de n'admettre que les rayons les plus voisins de l'axe visuel et d'exclure ainsi les rayons périphériques qui, trop fortement réfractés par les milieux de l'œil myope, se réuniraient au devant de la rétine et ne produiraient qu'une image confuse.

Les différences qui sont comprises entre ces deux extrêmes sont tellement nombreuses qu'il est difficile d'admettre un chiffre moyen bien précis pour la vision distincte; du moins M. Sichel conteste la parfaite exactitude de tous ceux donnés dans les ouvrages. Cette difficulté de fixer le point de vision distincte résulte, selon lui, des transitions insensibles entre les différents degrés de la vue longue et basse. Il se réserve de s'expliquer dans une autre occasion sur ce point de théorie et sur plusieurs autres particularités qu'il n'a fait qu'effleurer, pressé qu'il était d'arriver au côté pratique de ces questions. En effet, M. Sichel avait pour but principal, dans ces leçons, de signaler à l'attention des praticiens certaines affections oculaires insuffisamment décrites jusqu'ici, et même pour la plupart ignorées, produites les unes par l'usage prématuré ou trop tardif des lunettes, les autres par le choix mal dirigé ou par l'abus de ces auxiliaires puissants de la vue.

Le grand nombre de degrés intermédiaires qui existent entre la myopie et la presbytie font qu'on rencontre souvent des personnes

qui assurent n'être ni myopes ni presbytes. M. Sichel n'admet pas une pareille assertion ; il prétend au contraire qu'on naît avec l'un ou l'autre de ces deux états, ou au moins avec une conformation de l'œil qui, à une certaine époque de la vie, doit donner naissance à l'un ou à l'autre. Nous ne discuterons pas cette assertion, qui nous paraît un peu hasardée ; car dans laquelle de ces deux catégories rangera-t-il les individus qui voient et plus loin que les myopes et plus près que les presbytes ? N'est-ce pas là l'état moyen normal et le plus fréquent ? Nous insérerons plus tard une note qu'il nous a a promise en réponse à notre objection et qu'il croit mieux placée à la fin de ces leçons. Quant à présent, nous donnerons ici l'exposé de son opinion sur le pouvoir d'accommodation de la vue aux différentes distances, pouvoir dont il croit devoir prendre son point de départ pour expliquer les affections consécutives à la presbytie, à la myopie et à l'usage irrationnel des lunettes.

§ II. — *Faculté d'accommodation de la vue aux différentes distances.* — Nous venons de dire que le point de vision distincte ne peut être indiqué d'une manière générale et précise, par la raison qu'il varie infiniment chez les différents individus. Même pour chaque personne, ce point de vision distincte n'est pas très-fixe et manque de limites exactement circonscrites. Par une expérience facile à faire, nous pouvons nous convaincre que le même objet nous est encore visible avec une égale netteté à des distances variables et souvent dans une assez grande étendue. Plaçons, par exemple, des caractères d'impression d'une grosseur ordinaire à la distance la plus petite à laquelle nous puissions encore les voir avec une parfaite netteté, puis éloignons-les insensiblement d'un à plusieurs centimètres et même d'un à plusieurs pouces, et nous continuerons longtemps à les lire facilement. Il en est de même pour de gros objets qu'on pourra éloigner de plusieurs décimètres et même de plusieurs pieds sans cesser d'en apercevoir tous les détails. Certainement l'étendue de l'espace qu'on peut faire parcourir à l'objet sans qu'il perde notablement de sa netteté variera beaucoup sur un nombre donné de personnes jouissant d'une vue normale ; mais il s'en trouvera peu chez lesquelles la perception visuelle ne restera nette dans l'étendue de plusieurs pouces pour les corps de petite dimension, et dans celle de plusieurs pieds pour les corps plus volumineux. Moins un individu, par la nature de ses occupations, aura été forcé de toujours se tenir à la même distance de son point de mire, plus il aura fixé alternativement des objets éloignés et rapprochés, plus aussi les

limites extrêmes de sa vue seront considérables. Ceux qui auront le plus varié les distances conserveront la plus grande étendue entre la position la plus rapprochée et la plus éloignée à donner aux objets; pour eux il sera quelquefois difficile, d'après les idées généralement reçues sur la presbytie et la myopie, de déterminer dans laquelle de ces deux variétés leur vue doit être rangée; car, comme le myope, ils lisent à une distance très-rapprochée, en même temps qu'ils voient très-loin, comme le presbyte. Cette simple considération suffit pour prouver la grande latitude que peut avoir la portée de la vue, les nuances insensibles et nombreuses par lesquelles la myopie et la presbytie se confondent ensemble, et enfin la faculté que possède l'œil de s'accommoder aux différentes distances; cette faculté est aujourd'hui presque généralement admise, et les preuves nombreuses de son existence peuvent être puisées dans la physiologie, l'anatomie et la physiologie comparées, et la pathologie. Celles fournies par cette dernière, les moins étudiées, et en partie complètement ignorées, nous paraissent les plus importantes; c'est d'elles que nous nous occuperons principalement dans ces leçons toutes pratiques. Si quelques physiologistes éminents ont nié cette faculté, c'est probablement pour avoir ignoré ces faits pratiques, et, en partie aussi, pour avoir eux-mêmes possédé à un degré très-borné ce pouvoir d'accommodation, ou pour l'avoir perdu faute d'exercice ou à force de travailler toujours sur de petits objets rapprochés, ou de s'occuper trop de recherches microscopiques. D'après les lois de l'optique, ce pouvoir d'accommodation de l'œil aux diverses distances doit exister ; sans lui, nous ne verrions nettement les objets de même dimension qu'en les plaçant toujours à la même distance. Il doit s'exécuter à l'aide de changements intérieurs dans les différentes parties du globe oculaire. Les axes de cet organe doivent pouvoir s'allonger ou se raccourcir; ses parties constitutives, telles que la cornée, le cristallin, le corps vitré, la rétine, etc., doivent pouvoir se rapprocher les unes des autres ou changer de dimension et de courbure. Les changements des diamètres de la pupille, l'inégalité de courbure des deux faces du cristallin, sa structure lamelleuse, l'accroissement de sa densité du dehors au dedans, et enfin une foule d'autres circonstances, doivent concourir à produire cette merveilleuse puissance que ne possède aucun instrument d'optique. L'action des muscles de l'œil doit y exercer une influence considérable et peut-être principale, comme nous l'a de nouveau prouvé, dans ces dernières années, la myotomie oculaire, après

laquelle on voit parfois le foyer de la vision changer d'une manière notable. D'ailleurs, lorsqu'on porte soudainement la vue d'un objet rapproché, surtout de petite dimension, sur un objet distant, en tâchant de le voir avec la plus grande netteté possible, on sent immédiatement dans l'œil un effet pénible et presque douloureux. Quelquefois même, après avoir travaillé longtemps sur de petits objets, comme, par exemple, au microscope, on perd pour quelques instants la faculté de reconnaître les objets distants. Ces deux circonstances, avec l'expérience facile ci-dessus exposée, forment deux arguments *ad hominem* capables de donner à ceux qui ne se sont point occupés de ce sujet un premier degré de conviction. Si on songe d'ailleurs à la prodigieuse étendue de la vision des oiseaux de proie, qui, d'une hauteur immense, reconnaissent un petit animal se mouvant sur le sol, et qui, fondant sur lui avec la rapidité de l'éclair, le saisissent presque au même instant et avec une merveilleuse justesse; si on compare avec cela l'organe particulier, le *peigne* (*pecten*), organe qui, d'après sa structure et ses insertions, ne peut être destiné qu'à rapprocher le cristallin et le corps ciliaire de la rétine, on sera plus intimement convaincu de l'existence de cette faculté d'ajustement de l'œil aux différentes distances. Il nous est impossible de nous occuper ici des preuves de l'existence et des explications physiques et anatomiques de ce pouvoir, pour lesquelles nous renvoyons aux traités d'optique et de physiologie. C'est le second ordre de preuves seulement, tirées de la pathologie oculaire, qui va nous occuper dans ces leçons. Elles réfutent également, selon nous, la théorie de feu Tréviranus qui, par une démonstration mathématique détaillée, a cru prouver qu'il suffisait, pour expliquer la vue nette à toutes les distances, de la seule structure du cristallin composé de lames concentriques d'une densité qui s'accroît constamment du dehors au dedans.

En prenant pour point de départ la faculté d'accommodation, nous croyons pouvoir démontrer que sa diminution notable ou sa perte complète est la cause de la myopie et de la presbytie extrêmes et celle des maladies qui suivent l'usage mal réglé et l'abus des lunettes; d'un autre côté, nous espérons jeter quelque lumière nouvelle sur ce point si intéressant de physiologie.

§ III. — *Causes générales qui déterminent la portée de la vue.* — La vue de l'homme, dans l'état de nature, a généralement une portée assez étendue; on pourrait dire que le plus grand nombre naît

avec la vue longue, et que, dans sa condition primitive, l'homme est presbyte.

Tous les voyageurs citent des exemples plus ou moins étonnants de l'étendue de la puissance de ce sens chez la plupart des peuplades sauvages; quelques-uns d'entre eux vont même jusqu'à refuser à ces hommes la faculté de distinguer de petits objets placés près d'eux; mais, comme l'a très-judicieusement fait observer M. Sichel, il y a beaucoup d'exagération dans cette assertion, et, pour ceux auxquels elle est applicable, cela dépend d'un défaut d'attention ou d'un manque d'intelligence plutôt que d'une impuissance de l'organe à jouir de ce pouvoir d'accommodation que nous avons signalé, ou d'une imperfection particulière de l'organe de la vision. Pour les autres, la difficulté de bien voir les petits objets rapprochés résulte de l'habitude de toujours fixer des objets plus ou moins volumineux et éloignés, suivie de la perte de la faculté d'accommodation pour les petites distances et les dimensions moindres.

Chez l'homme civilisé, la vue longue est encore la plus commune primitivement, et lorsqu'un certain goût particulier, comme celui de la chasse, des voyages, surtout sur mer, etc., sollicite fréquemment l'usage de ce sens, il ne tarde point à acquérir une puissance très-grande. Chez les personnes qui habitent la campagne et se livrent aux travaux d'agriculture, la myopie est généralement rare. Lorsque, au contraire, par goût, par état ou par nécessité, la vue est assidûment et de bonne heure exercée sur des objets petits et rapprochés, comme cela a presque toujours lieu dans notre état de civilisation, la vue, forcée de s'accommoder à ces distances, se raccourcit de bonne heure. Avant même que l'enfant sache marcher, on lui donne pour jouets des objets si petits quelquefois qu'il est obligé de les approcher des yeux pour en voir les détails. Quelques années après, il est placé à l'école; là, tantôt pour distinguer le caractère trop petit de son livre, tantôt pour tracer des écritures *en fin*, il se trouve forcé de se courber outre mesure sur ses cahiers et ses livres. Né dans la classe ouvrière, l'enfant n'en est pas plus favorisé pour cela sous le rapport de l'éducation de ce sens; aussitôt qu'on le peut, il est placé en apprentissage, et non-seulement il est souvent contraint à exercer sa vue sur de petits détails de forme, mais la fatigue des bras le force encore à rapprocher les objets de ses yeux. Habitué à ajuster continuellement sa vue à ces petites distances, il finit nécessairement par perdre la faculté d'accommodation pour des objets distants et par devenir myope.

§ IV. — *De la presbytie et de la myopie en général.* — Puisqu'il est impossible de déterminer d'une manière exacte la portée normale de la vue, la même difficulté doit se reproduire lorsqu'il s'agit de fixer les limites précises auxquelles commencent à se manifester la presbytie et la myopie. En effet, on trouve des presbytes dont la vue à distance a une étendue presque double de la portée habituelle aux presbytes, tandis que d'autres peuvent rapprocher les petits objets de moitié plus que d'autres personnes qui cependant de loin jouissent à peu près de la même vision. Il en est de même pour les myopes dont les uns voient beaucoup plus loin ou beaucoup plus près. Toutes les mesures ordinaires de la portée de la vision qu'on a données comme devant servir à définir la vue longue ou basse sont donc insuffisantes. L'action des verres convexes ou concaves forme un *criterium* meilleur et plus sûr. Voici ce qu'on peut dire d'une manière générale sur ces deux variétés de la vision : Le *presbyte* voit très-nettement et sans fatigue les objets distants; il voit beaucoup moins bien les objets petits et rapprochés : aussi sa vue se fatigue-t-elle facilement lorsqu'il est forcé de les fixer longtemps. Pour les mieux voir à l'œil nu ou armé, il a besoin qu'une lumière très-vive vienne éclairer l'objet; mais s'il regarde ces objets à l'aide de verres convexes modérément forts, il les voit plus nettement sans les trouver considérablement grossis et sans avoir besoin de les rapprocher autant de ses yeux que le myope serait forcé de le faire. A l'aide de ces lunettes, surtout si elles ne sont pas trop fortes, sa vue se fatigue moins que lorsqu'elle n'est point aidée. S'il veut regarder des objets distants à travers des verres concaves, il les voit plus ou moins troubles, plus petits et toujours moins bien qu'à l'œil nu ; ces symptômes augmentent en raison directe de la courbure des verres.

Le *myope*, au contraire, à l'aide de ces derniers verres, voit les objets distants mieux qu'à l'œil nu et de grandeur naturelle. A l'œil non armé, il les voit indistinctement. Ils gagnent en netteté lorsqu'ils sont regardés à travers un diaphragme quelconque, soit un tube, soit la main fermée ou placée en guise d'abat-jour sous l'arcade sourcilière, ou, mieux encore, à travers un petit trou percé dans un corps opaque, une carte, par exemple. Voici pourquoi il *cligne* habituellement quand il regarde au loin, circonstance d'où lui vient son nom, et non pas de *mios*, petit, et *ops*, vision (vision des enfants), comme l'a dit fort ridiculement un compilateur. D'ailleurs, le clignotement a sans doute encore une autre cause : la contraction des paupières, en com-

primant le globe oculaire, augmente la puissance d'accommodation. Tout myope peut facilement sentir que le simple rapprochement des paupières ne lui suffit pas lorsqu'il veut voir beaucoup plus loin que d'ordinaire, mais qu'alors il se passe dans son œil, pendant le resserrement plus ou moins intense de ces voiles membraneux, quelque chose d'extraordinaire qui indique un changement dans les rapports habituels des parties de cet organe. En essayant de regarder de petits objets à travers des verres convexes, le myope les trouve considérablement grossis. Pour les voir avec des dimensions qui se rapprochent davantage de leur véritable grandeur, il est forcé de les placer infiniment plus près que ne ferait le presbyte. Ces circonstances deviennent plus marquées avec l'augmentation de la force des lunettes.

La plupart des gens du monde et beaucoup de médecins croient qu'on peut reconnaître la portée de la vue à une certaine conformation des yeux. Cette opinion est loin d'être fondée. Très-souvent, il est vrai, on trouve des myopes au globe oculaire volumineux et saillant, à la chambre antérieure large, à l'iris brun, à la pupille très-mobile et resserrée, etc. Les presbytes ont plus fréquemment les yeux petits, les cornées aplaties, les chambres antérieures étroites, l'iris bleu, la pupille paresseuse et large, etc. Mais tout cela manque de constance : très-souvent, de deux individus dont la conformation des yeux est absolument la même, l'un est presbyte et l'autre myope. Cela s'explique parfaitement par l'inégalité de courbure qui peut exister dans les parties externes et internes des organes de la vision. La trop grande convexité de la cornée et de la sclérotique, et l'exubérance des milieux réfringents peuvent être compensées, et au-delà, par la densité moindre de l'humeur aqueuse et du corps vitré, par une sphéricité moindre de ce dernier, par une différence dans les axes du globe et dans l'action de ses muscles, par un pouvoir d'ajustement plus ou moins considérable, etc.

Ici se placerait naturellement la question de savoir si l'on peut être myope et presbyte en même temps; mais nous l'ajournerons pour le moment, sa solution exigeant des éléments que nous n'avons pas encore exposés.

§ V. — *Des lunettes en général et des numéros qui indiquent la la puissance des verres.* — Outre la perte de la faculté d'accommodation, qui peut produire la myopie et la presbytie, la cause prochaine de cette dernière est un pouvoir réfringent trop faible des milieux transparents du globe de l'œil, ou un diamètre

antéro-postérieur trop court de l'organe. Dans ces deux cas, des rayons venant de points peu distants et étant, par conséquent, trop divergents, se réunissent trop tard et forment leur image en arrière de la rétine. Afin de les réunir en un foyer normal sur la membrane qui est chargée de transmettre l'impression au cerveau, il faut des verres collectifs, c'est-à-dire convexes, d'une force exactement suffisante pour suppléer au défaut du pouvoir réfringent. Les causes éloignées de l'insuffisance de ce pouvoir sont assez nombreuses : en effet, ou une trop faible courbure des parties constituant l'appareil dioptrique, ou la quantité trop petite du corps vitré ou de l'humeur aqueuse, ainsi que leur consistance moindre, ou bien encore une action musculaire excessive, etc., peuvent également détruire la convergence normale des rayons.

Dans la myopie, c'est le contraire : le pouvoir réfringent de l'œil est trop grand, ou son axe antéro-postérieur trop considérable ; par conséquent, les rayons venant de points distants, et qui sont fort peu divergents et presque parallèles, seront réunis au-devant de la rétine et auront besoin, pour arriver à cette membrane, afin d'y peindre leur image, de l'aide de verres concaves dont le pouvoir dispersif devra être juste égal à l'excès de la puissance réfringente. Les conditions organiques de l'œil opposées à celles qui produisent la presbytie donnent lieu à la myopie. On aurait tort, dans l'un et l'autre cas, de croire que ces dispositions particulières doivent se trahir au dehors par des signes constants et manifestes. Ce n'est, au contraire, qu'exceptionnellement que la conformation extérieure de l'œil, par un excès ou un manque de convexité de la cornée et de la coque oculaire en général, permet de reconnaître s'il est myope ou presbyte. Le plus souvent elle ne fournit aucun indice sous ce rapport, les parties internes, par leur disposition et leur structure, déterminant seules alors la portée de la vue.

On se sert, en général, de verres bi-convexes et bi-concaves, c'est-à-dire dont les deux surfaces ont la même courbure ; ce sont les verres dont la puissance est la plus grande, la fabrication la plus simple, et le foyer le plus facile à calculer, par la raison qu'il est égal au rayon.

Chacune des surfaces de ces verres est en effet le segment d'une sphère d'un diamètre plus ou moins considérable. Plus le diamètre est court, plus la convexité ou la concavité du verre sera grande. On se sert donc du rayon de leur courbure, qui est en même temps le foyer où se forme l'image, pour indiquer leur pouvoir de réfrac-

tion ou de diffraction et fixer les rapports des différents verres de la même espèce, afin d'en graduer l'emploi. Le rayon se compte en pouces d'ancienne mesure. On n'a point encore adapté ces chiffres au système métrique, et nous ne savons s'il serait d'une grande utilité de le faire. Si, par exemple, on parle d'un verre convexe du n° 48, cela signifie que chacune des surfaces de ce verre forme un segment d'une sphère dont le rayon a 48 pouces d'étendue. S'agit-il du même numéro, mais d'un verre concave, le rayon de la sphère est le même, mais il faut imaginer les deux segments creusés sur l'une de leurs faces et adossés par leur convexité, de manière à présenter une concavité vers l'œil et l'autre vers l'objet. La courbure d'une sphère augmentant en raison directe de la diminution de son rayon, il est naturel que le numéro des lunettes, compté par le rayon, diminue avec leur puissance ; c'est-à-dire que le verre du numéro le plus faible sera le plus puissant, et *vice versa*. Le numéro le plus élevé qui sert de point de départ, et la manière de descendre successivement aux verres plus puissants, ne sont point partout réglés d'une manière uniforme. A Paris, il y a douze ans, on commençait généralement par des numéros trop forts. L'expérience a permis à M. Sichel d'établir en règle qu'il y a toujours avantage à commencer par les numéros les moins forts ; aussi a-t-il introduit l'usage de verres qui auparavant ne s'employaient que rarement et presque accidentellement, tels que les numéros 96, 80 et 72, en conseillant de commencer, en général, par ces numéros, surtout pour la presbytie, comme nous l'exposerons en parlant de cette affection. Cet usage a été accepté d'une manière assez générale à Paris, tandis que, dans le commencement, les opticiens riaient des numéros élevés que ce praticien recommandait, parce qu'ils les regardaient comme inefficaces ou indifférents.

En France et sur tout le continent, les numéros des lunettes s'établissent d'après le principe rationnel que nous avons exposé. En Angleterre et en Amérique, ces numéros sont de convention, et nous ne savons même point s'ils sont les mêmes pour les verres convexes et pour les verres concaves, et même pour tous les opticiens. Ainsi, par exemple, le n° 1 correspond à notre n° 48, le n° 2 au n° 36, etc. Outre les inconvénients inhérents à un numérotage arbitraire et irrationnel, ce système a encore deux autres défauts très-graves, savoir : celui de partir d'un numéro beaucoup trop fort, comme on le verra plus tard, puis celui de suivre une progression trop rapide. Mais peut-être, sous ce rapport, faisons-nous tort à ce système ; car

il est possible que pour les verres convexes il parte d'un numéro plus élevé. Nous n'avons pas actuellement le temps de faire les recherches nécessaires pour nous procurer des données plus positives.

Nous avons dit qu'en général on se sert de verres bi-convexes ou bi-concaves. Quand on a des raisons particulières pour employer des verres convexes-concaves, concaves-convexes, ou plans-convexes, on trouve le foyer par le calcul, et après avoir fait la réduction, on l'énonce par le chiffre qui conviendrait à des verres d'une double courbure et d'un pouvoir équivalent.

§ VI. — *De la forme et de la monture des lunettes, de la manière de les mettre et de quelques autres points accessoires.* — Nous ne consacrerons ici que quelques mots au côté pratique de ces questions qui sont traitées *ex professo* dans les ouvrages spéciaux.

On donne d'ordinaire aux lunettes une circonférence ovalaire et plus ou moins petite, pour les rendre plus élégantes ; mais, sous le rapport de leur utilité, il est infiniment préférable qu'elles soient grandes et rondes, et qu'elles couvrent non-seulement le globe oculaire, mais encore une partie du voisinage. Cela est surtout nécessaire pour les conserves colorées, employées pour mitiger l'impression de la lumière dans les cas de photophobie, de congestion et d'inflammation chroniques des membranes internes. Le bord de ces conserves doit s'étendre jusqu'au pourtour de l'orbite ; dans le cas contraire, la lumière, surtout celle qui est réverbérée du sol, frappe le globe oculaire à sa circonférence, le centre étant seul garanti par le verre plus ou moins foncé ; la vive impression qu'elle produit est doublement nuisible, à cause du contraste. Quelque chose de semblable a lieu pour les verres à foyer, lorsqu'ils sont ovalaires et trop petits ; la réfraction n'a lieu que pour les objets placés en face de l'œil, tandis que ceux situés en haut, en bas ou latéralement, surtout pendant les mouvements de l'organe, apparaissent avec leur image naturelle. Il en résulte une inégalité et une confusion fort désagréables de la vision, quelquefois même de la diplopie. Ces effets sont plus marqués encore lorsque les verres sont bi-convexes ou bi-concaves ; car alors leur courbure moindre à la circonférence fait qu'on ne voit bien nettement qu'en regardant par le centre. Pour obvier à cet inconvénient, on se sert avantageusement de verres périscopiques, c'est-à-dire en forme de ménisque, convexes-concaves pour les presbytes (avec prédominance de la convexité) et concaves-convexes pour les myopes (avec prédominance de la concavité). Quant aux verres à surface de cylindre, je n'ai pas encore d'opinion bien arrêtée sur

leur usage; il m'a paru, en général, qu'ils n'ont pas d'avantage bien appréciable et que, lorsqu'on veut s'en servir, il faut les choisir d'un numéro un peu plus faible que les verres ordinaires.

La *monture des lunettes*, c'est-à-dire la partie qui enchâsse les verres, doit être légère et de dimensions convenables. Trop large, elle n'est plus immobile et fatigue les yeux, en rendant l'image vacillante; trop étroite et trop lourde, elle serre les tempes, produit de la gêne et de la douleur dans les parties voisines de l'œil, et secondairement dans cet organe, et peut par cela même troubler la vue. Les verres ne doivent point être trop rapprochés, ni trop éloignés l'un de l'autre; dans le cas contraire il pourrait y avoir de la diplopie et d'autres anomalies de la vision.

En se servant des lunettes, il faut avoir soin de les placer parallèlement au plan de l'iris et non obliquement; car l'incidence oblique des rayons altère la netteté de l'image. Si on les rapproche trop de l'œil, elles gênent les mouvements des paupières ou troublent la transparence des verres par le contact des cils, des larmes et des mucosités palpébrales. Il faut se garder également de les éloigner trop et de les faire descendre plus ou moins sur le nez; ce qui change le mode de réfraction et donne aux verres un pouvoir autre que celui indiqué par leur numéro. En général, il faut placer les bésicles le plus près possible des paupières, sans que toutefois elles viennent en contact avec les cils. Sous ce rapport, la conformation du nez, des yeux et du pourtour de l'orbite, peut apporter des difficultés que l'opticien doit vaincre en donnant à la monture la forme particulière exigée par les circonstances.

Les larmes, la transpiration, la vapeur exhalée par la respiration, et celle contenue dans l'air, se déposent plus ou moins sur les verres des lunettes. Il faut avoir soin de les ôter de temps à autre et de les essuyer soigneusement avec de la toile ou, mieux encore, avec une peau fine. Lorsqu'on les ôte pour quelque temps, il faut se garder de les placer à plat, ou leur surface, surtout si elle est convexe, se raye facilement par la poussière, les corps étrangers et les inégalités des corps sur lesquels on les pose. Il faut avoir soin de les placer tout ouvertes sur l'un de leurs bords, ou pliées, et sur le côté garanti par les branches, de façon que les verres ne portent point. Encore vaut-il mieux les replacer chaque fois dans l'étui, dont la cavité doit être garnie d'une étoffe douce et avoir une forme et des dimensions convenables, afin de ne point froisser les verres. Avant de s'en servir, il faut les essuyer. Faute d'employer ces mesures, on verra les lunettes

se rayer, se dépolir et devenir opaques par plaques ou stries, chose qui, lorsqu'on ne s'en aperçoit point de bonne heure, altère et affaiblit considérablement la vision. Il en est de même lorsqu'on les met plus ou moins troublées par la poussière, l'empreinte des doigts, la vapeur, ou qu'elles ont primitivement présenté des rayes, des inégalités, des bulles d'air, de petits corps étrangers ou d'autres défauts. La pureté de la substance des verres de lunettes et le poli de leur surface sont très-essentiels; c'est pourquoi il faut les confectionner avec le plus grand soin et en verre aussi dur que possible ou en cristal.

§ VII. — *De l'influence de la faculté d'accommodation sur la conservation d'un foyer convenable chez le presbyte et le myope.* — Quelle que soit la portée de la vue, il est très-important que la faculté d'accommodation soit exercée assidûment, mais non pas d'une manière permanente ou trop continue dans le même sens, c'est-à-dire à des distances toujours très-grandes ou très-petites. En d'autres termes, il faut s'exercer à voir alternativement de loin et de près. Les raisons en sont faciles à saisir. D'abord, l'exercice du pouvoir d'accommodation est toujours plus ou moins fatigant, parce qu'il est analogue à l'action musculaire et qu'il consiste peut-être même en une espèce de contraction des muscles de l'œil, comme on peut le sentir sur soi-même, en fixant des objets très-rapprochés ou très-éloignés. Or, toute action musculaire excessive et non réglée devient fatigante et nuisible pour l'organe. D'un autre côté, l'ajustement longtemps prolongé à des distances toujours identiques, rapprochées du minimum ou du maximum, ôte à l'organe de la vision la faculté de s'accommoder à des portées moindres ou plus considérables, et peut allonger ou raccourcir le foyer normal outre mesure et d'une manière permanente. Expliquons-nous par quelques exemples. C'est surtout chez le presbyte que l'exercice du pouvoir d'ajustement est fatigant, quand il veut l'employer au-delà de ses justes limites. Par exemple, s'il lit trop longtemps un caractère trop petit ou placé à une distance trop rapprochée, sa vue se trouble, et il cesse de voir nettement. A un moindre degré, il éprouve dans l'œil la sensation d'un effort pénible et quelquefois même douloureux. S'il persiste longtemps dans cet exercice, et qu'il le renouvelle souvent, sa vue perdra sa portée naturelle pour les objets éloignés, ou s'affaiblira, comme nous le verrons plus tard. On conçoit que les effets fâcheux seront plus marqués pour le presbyte, par la raison que la presbytie augmentant naturellement avec le progrès de l'âge, elle ne souffre pas l'accommodation à de petites distances aussi faci-

lement et dans une étendue aussi grande que la myopie ; celle-ci, en effet, diminuant naturellement avec les années, permet de la supporter sans inconvénient pour des distances qui dépassent plus ou moins le foyer ordinaire.

Ces considérations feront mieux comprendre les règles hygiéniques que nous aurons à tracer pour chacune des variétés de la vision, en même temps qu'elles aideront à en faire apprécier l'importance.

DE LA PRESBYTIE OU PRESBYOPIE.

§ VIII. — *Des précautions d'hygiène oculaire à observer par le presbyte.* — Puisque la vie civilisée commande fréquemment d'exercer la vision à une distance plus rapprochée que ne le permet, en général, le foyer du presbyte, afin d'éviter les conséquences qui peuvent suivre cette inobservation des lois physiologiques du sens de la vue, les personnes affectées de presbytie ont à suivre des règles d'hygiène oculaire particulière. Pendant la lecture, l'écriture, le travail minutieux, elles doivent éloigner les objets le plus possible. Elles les placeront à une distance telle qu'ils conservent leur netteté, et au-delà de laquelle elles ne peuvent plus voir. Cette distance, qu'elles trouveront facilement en reculant et rapprochant alternativement les objets, sera observée pendant tous les travaux assidus et pressés. Pendant les occupations moins assidues, et qui sont plutôt de loisir que professionnelles, elles exerceront, au contraire, leur vue à des distances moindres, afin de conserver la faculté d'accommodation et de s'accoutumer à pouvoir voir au-delà de leur foyer normal. Pendant l'un et l'autre genre de travail, elles auront cependant soin de s'interrompre fréquemment, pour porter la vue sur les points les plus distants qu'elles puissent fixer. Ainsi, tout presbyte fera bien, après cinq à dix minutes, par exemple, d'un travail sur de petits objets rapprochés, de lever les yeux et de les porter pour un instant sur les parties les plus distantes de l'appartement, ou même, s'il se trouve à proximité d'une croisée qui ne soit pas en plein soleil, il peut fixer les objets situés en dehors de la pièce qu'il occupe et tâcher d'en distinguer les détails. Cet exercice, en allongeant et raccourcissant alternativement la portée de la vision, conserve la faculté d'accommodation et le foyer normal, en même temps qu'il empêche la vue de baisser ou de s'affaiblir. Il suffit d'une interruption de quelques instants, mais souvent répétée, pour obtenir que cet exercice produise tous ses effets salutaires. Souvent M. Sichel a vu céder, après son seul em-

ploi, toute la fatigue menaçante que des presbytes avaient ressentie après de longs travaux non interrompus, et qui quelquefois préludaient déjà à l'amblyopie. Cette fatigue sera ressentie par eux toutes les fois qu'ils travailleront longtemps de suite. Il semble que Taylor avait déjà entrevu le parti qu'on peut tirer de cette règle si simple. Cet oculiste du milieu du siècle passé, charlatan s'il en fut, mais qui ne manquait ni d'esprit ni d'expérience, bien que ses connaissances et son habileté fussent fort au-dessous de ce qu'en disent ses biographes, cet oculiste ambulant avait déjà connu et exploité l'utilité de cet exercice alternatif. J'ai lu, il y a quelque temps, dans un ouvrage d'Eschenbach, publié en allemand en 1752 et devenu rare aujourd'hui (ouvrage très-important pour apprécier cet homme si peu connu, même de ses biographes, et qui a usurpé une si grande célébrité), qu'il vendait très-cher un prétendu secret pour conserver et fortifier la vue, secret qui ne consistait en rien autre chose que de porter rapidement la vue d'objets rapprochés sur des corps placés à distance. On m'a souvent objecté, depuis plus de dix ans que la réflexion et l'observation m'ont porté à recommander ce moyen prophylactique, combien il était gênant d'interrompre si souvent le travail; mais je répète qu'il suffit d'une cessation de travail d'une demi-minute et même de moins, et qu'une fois l'habitude prise, on ne s'aperçoit même plus de l'interruption. Mieux on observera ces règles, plus les yeux seront durables au travail, et plus tard on subira la nécessité de se servir de lunettes. Il sera d'autant plus important de s'y astreindre, qu'on aura davantage à s'occuper de travaux minutieux. En général, le presbyte ne doit pas choisir un état qui le contraindrait à travailler sur des objets que leur délicatesse et leurs petites dimensions forcent à tenir près des yeux et souvent à regarder à l'aide de loupes, comme l'horlogerie, la bijouterie, etc. Cependant il est difficile de toujours consulter le foyer visuel pour le choix d'une profession. L'amour de l'indépendance et la répugnance qu'ont la majorité des personnes appartenant aux classes aisées à accepter une position qui les réduit plus ou moins à la domesticité, créent souvent au médecin les plus grands embarras, lorsqu'il s'agit de leur donner des conseils pour la conservation ou le rétablissement de la vue. C'est ainsi que l'on voit très-fréquemment des hommes qui sont cordonniers, des femmes qui sont couturières, blanchisseuses en fin, etc., et qui, pour éviter des maladies oculaires graves, devraient plutôt être domestiques ou femmes de chambre, etc., états qu'ils abhorrent. Il faut donc qu'ils continuent à travailler sur de petits objets. Il est d'ailleurs

certaines connaissances que l'état de civilisation nécessite, comme l'écriture, la lecture et le dessin, et qui ne peuvent s'acquérir sans que la vue soit exercée à un foyer plus rapproché que celui de l'état normal du presbyte. Heureux encore lorsque les mauvaises habitudes de laisser-aller de l'enfant ne viennent point lui faire raccourcir davantage cette distance. Visitez une école de jeunes enfants commençant à tracer des caractères, et vous en trouverez la grande moitié avec le nez presque sur leur cahier d'écriture. Dans tous ces cas, les précautions indiquées sont de la plus grande nécessité. Il est très-important d'insister pour que les enfants éloignent le plus possible les objets, qu'ils se tiennent très-droits, et qu'on les fasse lire et écrire en caractères très-gros, au moins pendant les premières années. Les personnes qui, par état, ont à s'occuper d'objets plus ou moins fins et rapprochés, tels que tailleurs, cordonniers, couturières, mécaniciens, bijoutiers, horlogers, etc., courent le plus grand danger en négligeant les préceptes donnés. Nous en fournirons des exemples.

En dehors du foyer, le degré de lumière exige une considération attentive et particulière.

§ IX. — *Sur le degré de lumière nécessaire au presbyte.* — Les presbytes, nous l'avons déjà dit, ont besoin d'une lumière très-vive pour voir nettement, surtout de près. Leur vue s'exerce beaucoup moins bien à une lumière douce. Le soir, au crépuscule et à la lumière artificielle, ils ont beaucoup de peine à travailler. Pour eux principalement une lumière suffisante et un éclairage convenable ont donc de l'importance. Il leur est très-nuisible d'habiter des appartements sombres. C'est une des causes qui contribuent à rendre l'amblyopie par presbytie si fréquente chez les concierges de Paris, dont la majorité exerce l'état de tailleur ou de cordonnier, et qui, presque sans exception, habitent des chambres étroites, appelées *loges*, où l'air et la lumière pénètrent à peine. Pour que les presbytes aient une lumière artificielle suffisante, il convient qu'ils se servent de lampes, et non de bougies ou de chandelles, dont la lumière infiniment plus faible et vacillante s'obscurcit à mesure que la mèche charbonne et s'allonge. En la mouchant, on est forcé d'en fixer le foyer ; ce qui est très-nuisible, surtout lorsque pendant longtemps on a porté les yeux sur des objets peu éclairés. On entend souvent dans le monde des plaintes sur les lampes, principalement sur celles dites *Carcel*, comme donnant une lumière violente et malfaisante. Selon M. Sichel, c'est une grande erreur. La lumière d'une lampe est

tranquille, uniforme et assez intense pour éclairer l'ensemble de l'appartement. Il faut seulement la placer de manière que les rayons ne frappent pas directement l'œil, donc à gauche, et même, si faire se peut, en arrière, et avoir soin de l'entourer d'un globe de verre dépoli ou d'un abat-jour semi-transparent, bleuâtre ou verdâtre, et descendant assez bas. On est sûr ainsi de pouvoir travailler mieux qu'à l'aide de bougies, dont le nombre équivalent en force serait d'ailleurs une dépense infiniment supérieure. Ces préceptes s'appliquent à tout le monde, mais particulièrement aux presbytes, dont la vue s'affaiblit promptement par l'insuffisance de la clarté lors du travail.

Il en est de même des lunettes colorées, dont on a fait un abus d'autant plus grand que l'ophthalmologie a été plus négligée. Tel grand chirurgien n'a pas de moyen plus efficace et plus général dans les ophthalmies et les amblyopies même avancées que des lunettes bleues plus ou moins foncées. Ces lunettes, à tort appelées *conserves*, ne sont utiles que lorsqu'on est forcé de s'exposer longtemps à une clarté très-prononcée ou de travailler sur des corps qui reflètent vivement les rayons lumineux, ou encore dans les affections plus ou moins compliquées de sensibilité anormale pour la lumière. Partout ailleurs, elles sont nuisibles au plus haut degré, en accoutumant l'œil à une obscurité artificielle et en recouvrant les objets d'une teinte noirâtre qui fait qu'ils se confondent et ne peuvent être exactement reconnus qu'avec effort. C'est ainsi qu'elles donnent naissance à l'amblyopie, à la photophobie, à la photopsie, à la myodésopsie, etc., et qu'elles augmentent et entretiennent indéfiniment ces affections quand elles existent, ainsi que les ophthalmies et autres maladies oculaires. Plus d'une fois M. Sichel a guéri des amblyopies, des photophobies et des rétinites chroniques en soustrayant graduellement le malade à l'usage des lunettes colorées et à l'obscurité trop grande dont on a fait également un grand abus. Quant aux presbytes, une forte lumière artificielle leur est absolument indispensable, et des verres teints ne doivent leur être accordés que lorsqu'un état pathologique de l'organe visuel ou un travail sur des objets par trop brillants l'exige réellement. Les verres convexes dont ils se servent pour la lecture ou le travail doivent être incolores, ou, dans le cas de travail sur des corps brillants et fortement éclairés, d'une teinte azurée, c'est-à-dire gris-bleuâtre, très-légère. Les lunettes colorées et les appartements trop sombres leur feront d'autant plus de mal qu'ils seront forcés en sortant de s'exposer fréquemment à une clarté vive.

§ X. — *De l'usage des lunettes dans la presbytie.* — Malgré toutes les précautions que peut prendre le presbyte, sa vue se fatigue plus facilement au travail que celle du myope, surtout lorsqu'il s'agit de petits objets rapprochés. Cela se conçoit aisément, car pour ces travaux il est forcé, chose qui ne peut se faire sans fatigue, d'exercer d'une façon presque perpétuelle la faculté d'accommodation, sujette elle-même, comme celle de la vision et toutes les autres facultés, à perdre de sa force avec le progrès des années. D'un autre côté, la portée de la vue augmente naturellement avec l'âge, à cause des modifications que subissent les milieux réfringents, soit par le dessèchement et la flaccidité des tissus, soit par les changements particuliers dans la quantité et la qualité des sécrétions, soit enfin par d'autres circonstances encore peu connues. Il arrive donc une époque où la vue du presbyte pendant le travail a besoin d'être soutenue, en même temps que l'excédant de son foyer visuel et la diminution de son pouvoir d'ajustement doivent être compensés d'après les lois de l'optique. C'est ce qu'il obtient en recourant aux lunettes convexes.

C'est d'ordinaire vers quarante ans, âge où, en général, commencent à s'opérer les changements critiques dans la constitution des deux sexes, quelquefois cependant plus tôt, d'autres fois plus tard, que le besoin de l'usage de ces moyens auxiliaires se fait sentir. Voici à quels signes le presbyte peut reconnaître que ce besoin existe réellement : Sa vue n'a rien perdu de sa force et de sa portée, tant qu'il ne l'exerce que sur des objets distants ; elle a, au contraire, le plus souvent gagné sous ce rapport. Il en est autrement pour les objets plus rapprochés, qui commencent à lui paraître quelquefois troubles et mal éclairés. C'est d'abord le soir ou dans des endroits sombres, mais plus tard également dans la journée et à une vive clarté que la lumière lui paraît insuffisante pendant ses occupations. Les objets sur lesquels il travaille, les caractères d'impression ou d'écriture lui semblent plus sombres, indistincts, et commencent à se confondre entre eux, ou même, s'ils sont très-petits, à disparaître entièrement, au moins momentanément. Il essaye de les rapprocher et y voit encore moins. Ce n'est qu'en les éloignant davantage et souvent outre mesure, et en les approchant beaucoup de la lumière, ou en augmentant l'intensité de celle-ci, qu'il parvient à leur rendre, mais pour quelque temps seulement, leur netteté ordinaire. En les fixant pendant quelques instants il ressent une fatigue ; s'il persiste, cette fatigue augmente et se change en une douleur qui s'étend des

yeux dans la tête. Dans le commencement, ces effets n'ont lieu que passagèrement et après un travail prolongé ; bientôt il les éprouve presque constamment et dès le début du travail. Arrivé là, cet état touche déjà de près à l'amblyopie par la presbytie et en constitue presque le premier degré. Il ne faut pas attendre que les symptômes soient aussi avancés pour se servir de lunettes, surtout lorsque l'âge de quarante ans est accompli ou passé. On commencera donc à se servir de verres convexes dès que les premiers de ces signes se manifestent et ne cèdent pas d'une manière définitive après quelque temps de suspension des travaux habituels et lorsque les objets sont placés plus loin de l'œil. D'abord on ne se servira de lunettes qu'à la lumière artificielle, et, dans la journée, pour les travaux les plus assidus ; on continuera à observer les règles générales, et surtout celle d'éloigner le plus possible les objets, moins toutefois lorsqu'on se servira de lunettes que quand on travaillera à l'œil nu.

Il est impossible de fixer d'une manière générale le numéro des lunettes par lequel on doit commencer. Cela dépend de la portée normale de la vue, de l'âge du malade et d'autres circonstances. C'est un préjugé de croire qu'à tel âge doit toujours correspondre une courbure invariable des lunettes. En général, les opticiens commencent par des numéros trop puissants, augmentent trop rapidement le pouvoir réfringent, et indiquent, comme correspondant à chaque âge donné, un numéro beaucoup trop fort. Il y a dix ans environ, ils prenaient le plus souvent pour point de départ le n° 48, et les malades étaient bientôt forcés de descendre aux n°s 36 et 24. Il en résultait qu'on voyait beaucoup de personnes de cinquante à soixante ans se servir de verres entre les n°s 12 et 8, et se plaindre, comme nous allons bientôt l'exposer, de ne pas y voir assez nettement ou même de ce que leur vue déclinât de jour en jour. Cette pratique des opticiens n'a rien qui puisse étonner, lorsque dans des ouvrages très-répandus et très-estimés, tels que, par exemple, celui de M. Mackenzie, on trouve encore aujourd'hui des échelles, bien qu'approximatives, qui indiquent le n° 36 comme correspondant à l'âge de quarante ans, le n° 30 pour celui de quarante-cinq ans, et le n° 24 pour celui de cinquante ans, etc. D'après le résultat de ses observations, M. Sichel a pris pour point de départ le n° 72 qui, en général, convient aux personnes qui ne se sont pas encore servies de lunettes et qui les prennent en temps opportun, c'est-à-dire à l'âge de quarante ans ou un peu plus tard. Souvent cependant, et surtout chez les personnes au-dessous de quarante ans, les n°s 80

et 96 suffisent parfaitement et pendant longtemps. Dans e commencement, les opticiens de Paris trouvèrent singulier et même ridicule l'usage de verres aussi faibles, verres qu'ils regardaient comme presque indifférents et qu'ils employaient souvent comme simples conserves. Peu à peu ils virent l'expérience sanctionner cette pratique. Ils devaient même y trouver leur intérêt bien entendu; car, en faisant prendre des lunettes faibles dont le numéro n'est augmenté que d'une manière graduée, ils conservent longtemps leurs clients, tandis que les personnes qui sont brusquement descendues aux numéros les plus forts tombent dans l'amblyopie et cessent de pouvoir se servir de lunettes. On a donc généralement adopté aujourd'hui la méthode de commencer par des numéros très-élevés; tous les jours, M. Sichel voit des personnes de quarante à cinquante ans, à qui des opticiens de Paris ont recommandé l'usage de verres convexes du n° 72, et qui s'en trouvent parfaitement bien pendant plusieurs années.

§ XI. — *De la manière de choisir les lunettes et d'en augmenter progressivement la force.* — Bien qu'on puisse indiquer d'une manière générale, comme nous venons de le faire, la force des lunettes par lesquelles il est avantageux de commencer, il est impossible néanmoins de dire au juste, *a priori*, auquel de ces numéros une personne doit donner la préférence. Chacun doit choisir les lunettes d'après son foyer; et voici comment il convient de s'y prendre : En commençant, par exemple, par le n° 72, dont l'usage réussit le plus souvent aux personnes de quarante ans environ, on essayera de lire, d'écrire, de coudre ou de se livrer au travail habituel avec leur aide, en plaçant les objets à une distance un peu moindre que celle à laquelle on peut les voir à l'œil nu. A cette distance, ces verres ne doivent point grossir, mais seulement rendre l'objet un peu plus distinct ou lui rendre toute sa netteté, si déjà il a commencé à la perdre à l'œil non armé. Tout verre qui grossit est déjà un peu trop fort et ne peut manquer de bonne heure d'affaiblir la vision. L'action principale des verres convexes, et même la seule qu'on doive rechercher, est celle de soutenir, pour ainsi dire, la vue et de l'empêcher de se fatiguer promptement. L'œil ainsi armé doit pouvoir continuer le travail pendant un temps assez considérable, infiniment supérieur à celui pendant lequel il peut travailler lorsqu'il n'est pas muni de ces auxiliaires. Toute espèce de verre ôte à l'organe de la vision plus ou moins de son pouvoir d'ajustement, en le liant pour ainsi dire d'une manière permanente à une distance déterminée. Plus les lunettes sont

fortes, plus elles doivent faire perdre la faculté d'accommodation. Il faut donc, afin que cette faculté ne diminue pas trop ou ne se perde pas entièrement, que l'on se contente de verres d'une force justement suffisante pour suppléer à l'excès de la portée et au défaut de la force de la vision; que leur pouvoir réfringent ne soit augmenté que par des degrés très-insensibles, et que, de temps à autre, l'on essaye de s'en passer. De même que le presbyte, tant que l'œil nu peut lui suffire, doit de temps à autre suspendre instantanément le travail pour porter ses regards au loin, de même il doit, lorsqu'il se sert de lunettes, les ôter quelquefois pour fixer des objets distants. Il doit même parfois essayer de lire et d'écrire, ou de se livrer à quelques autres travaux de peu de durée, à l'œil nu et à la plus grande distance possible. Jamais il ne doit se servir de verres convexes, encore moins de verres concaves pour la vision de loin : nous aurons besoin de revenir avec quelques détails sur cette proposition. A la lumière artificielle ou dans des endroits peu éclairés, s'il ne peut s'abstenir de travail, il doit l'interrompre plus fréquemment ou se servir de temps à autre de verres un peu plus forts, de ceux immédiatement au-dessous du numéro qu'il porte.

La gradation des lunettes doit être très-insensible. Au temps où M. Sichel commençait à exercer à Paris, la plupart des opticiens, nous l'avons déjà dit, débutaient par le n° 48. De ceux qui employaient quelquefois le n° 72, la plupart descendaient immédiatement au n° 48, et de là au n° 36 ou au n° 24. Quelques-uns seulement interposaient le n° 60 entre les n°s 72 et 48. On ne fabriquait point du tout les n°s 66 et 54. Or, si l'on se rappelle que le foyer de ces instruments d'optique se mesure par le rayon de la sphère exprimé en pouces, et que la convexité d'une sphère est d'autant moins considérable que son rayon est plus grand, on comprendra que, dans les numéros les plus élevés, il n'y a pas d'effet fâcheux à craindre si l'on diminue immédiatement ce rayon d'un pied entier. Le n° 96, par exemple, a un rayon tellement grand (96 pouces ou 8 pieds) que la convexité est très-peu sensible et ne produit pour beaucoup de personnes que l'effet d'un verre plan, c'est-à-dire à faces parallèles. Il n'y a donc point à craindre d'y faire succéder immédiatement le n° 84 (7 pieds), numéro que les opticiens, à cause de l'augmentation de convexité encore très-peu sensible et peut-être d'une plus grande facilité de fabrication, font généralement convertir en n° 80. De ce n° 80 au n° 72, la transition est encore peu sensible pour la plupart des yeux; mais, à partir de ce dernier, la différence devient de plus en

plus grande, et en continuant par des pieds entiers, il s'ensuivrait une espèce de saccade qui nuirait fortement et irréparablement au pouvoir d'accommodation. M. Sichel a donc fait confectionner des verres des nos 66 et 54, et il conseille, en règle générale, de se servir de chaque numéro le plus grand nombre d'années possible avec les précautions indiquées, et de ne jamais descendre de plus de six pouces à la fois. C'est une erreur de dire qu'il soit absolument nécessaire de changer de temps en temps. Au contraire, mieux vaut de le faire le plus rarement possible, et même de ne point le faire du tout si l'on n'en sent pas le besoin. Ce n'est qu'en commençant par des numéros relativement trop forts et en négligeant les règles hygiéniques, qu'on se crée la nécessité de changer tôt et souvent. Toutes les fois que les verres choisis deviennent insuffisants au bout d'un laps de temps relativement peu considérable, il faut examiner attentivement si le numéro n'a pas été trop fort et s'il n'existe pas un certain degré de véritable amblyopie. Dans ce dernier cas, la suspension du travail et de l'usage des lunettes à foyer, ainsi qu'un traitement médical, deviennent urgents. D'après ce qui vient d'être dit, la succession des numéros est donc 96, 80, 72, 66, 60, 54, 48. Du n° 48, on descend d'ordinaire au n° 36; ce que M. Sichel trouve encore irrationnel. En effet, cette brusque diminution de douze pouces doit être plus préjudiciable à une époque où déjà l'accommodation a beaucoup plus souffert par l'usage des lunettes que dans les hauts numéros, où cependant ce praticien éclairé est parvenu à établir des transitions par demi-pieds. Lorsqu'on demande à M. Sichel pourquoi il n'a pas insisté pour faire confectionner des verres du n° 42, il répond que rarement il a vu des personnes qui, après avoir, sous sa direction, débuté par les nos 96, 80 ou 72, aient eu besoin d'un numéro plus fort que le n° 48; d'autre part, jamais il n'a vu celles qui avaient commencé par le n° 48 y pouvoir faire succéder un numéro plus faible que le n° 36.

Si le n° 72 est celui qui convient, en général, aux personnes âgées de quarante ans, on peut cependant, si les circonstances indiquées en prouvent la nécessité, faire commencer par un numéro plus fort, tel que le n° 66, le n° 60 ou même le n° 54. Chez les personnes âgées de trente ans, et particulièrement chez celles qui, beaucoup moins âgées, à cause d'une presbytie très-grande, d'un travail fatigant sur de petits objets, et surtout à cause d'un commencement d'amblyopie par presbytie, éprouveraient le besoin de lunettes, il ne faut jamais commencer par un numéro plus fort que le n° 96, et

les maintenir aussi longtemps que possible au n° 80, qui convient assez rarement à des personnes entre quarante et cinquante ans. Toutefois, je connais une personne qui, à l'âge de quarante-quatre ans environ, a commencé, d'après mon conseil, à se servir de ce numéro, et qui l'emploie encore aujourd'hui avec le plus grand avantage, bien qu'elle soit âgée de près de cinquante ans.

Lorsque le presbyte dépasse de beaucoup l'époque à laquelle il aurait dû prendre des lunettes, ou que, au contraire, il s'en sert trop tôt, ou en choisit de trop fortes, il en résulte des états pathologiques plus ou moins graves, dont nous ferons, dans la suite de ces leçons, l'objet d'un examen particulier.

En général, lorsque l'on a choisi, d'après la manière indiquée, des lunettes soit convexes, soit concaves, il faut les essayer de nouveau pour chaque œil individuellement, parce que très-souvent le foyer des deux yeux diffère assez notablement pour exiger des verres d'un pouvoir différent.

Nous reviendrons sur ce point important.

(La suite au prochain numéro.)

NOTE SUR LA MICROPHTHALMIE;

Par J. E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Extrait d'un rapport fait à la Société de médecine de Lyon sur un mémoire de M. Stoeber, intitulé : *Observations de microphthalmie*.)

L'appareil de la vision est sujet à une foule de difformités qu'il importe au praticien de bien connaître, ne fût-ce que pour éviter de fâcheuses erreurs de diagnostic. Ce sont surtout les anatomistes du XIXe siècle qui se sont occupés de l'étude de ces questions; on les a groupées et classées sous différents chefs : le point auquel cette note est consacrée concerne une difformité particulière du globe oculaire lui-même. On peut diviser en deux ordres principaux les altérations de ce genre qui ont trait au volume de l'organe : 1° par excès, c'est la *buphthalmie;* 2° par défaut, c'est la *microphthalmie*. Nous espérons que la suite de ce rapport mettra surabondamment en évidence ce qui différencie ces deux états de l'hypertrophie et de l'atrophie pathologiques.

L'organe oculaire est un de ceux qui varient le moins pour le

nombre. On ne cite pas d'exemple d'yeux multiples : chez quelques monstres, les deux yeux sont confondus en un seul ; de là, la *cyclopie*, cas de tératologie assez fréquent, dont j'ai rencontré beaucoup de pièces dans les musées anatomiques de l'Italie (*Voyage en Italie, Gaz. méd.*, 1837 et 1838), et dont j'ai relaté un fait observé à Lyon en 1832, sur un fœtus mâle qui vécut plus de deux heures (*Gazette médicale*, 1838, nº 13). J'ai rapporté, d'après M. Amé Philipart (de Tournay), l'histoire d'une fille née sans yeux.

Les deux yeux sont similaires et réguliers ; cependant ils ne sont pas égaux en poids ; cette différence peut même aller à plusieurs grains, comme je l'ai démontré dans mon *Traité d'Anatomie médico-chirurgicale et topographique*, 1844, région oculaire.

La *microphthalmie* est un fait rare; la science est peu riche en observations de ce genre; ce qui prête un intérêt de plus aux trois nouveaux cas que rapporte M. Stœber. — Seiler, en 1833, n'a pu en rassembler que 16; et aujourd'hui, en y ajoutant ceux de M. d'Ammon et Jaeger, il en existe à peine une trentaine dans les annales de l'art.

La microphthalmie doit être considérée comme un arrêt de développement. A une certaine époque de la vie fœtale, l'œil cesse de suivre les progrès de l'évolution du corps en général. Ce qui le prouve, dit M. Stœber, c'est non-seulement l'exiguïté de l'organe relativement aux autres parties, mais aussi la disposition des différentes tuniques qui le composent.

Dans les cas observés par cet auteur, la cornée passait insensiblement à l'état de sclérotique dans une certaine étendue de sa circonférence, sans qu'on pût dire où finissait la cornée, où commençait la sclérotique, comme on le remarque aussi à un degré peu avancé de l'état fœtal.

Sur les yeux des sujets atteints de microphthalmie, on trouve la surface antérieure de l'iris unie, sans aspect réticulé et avec une couleur uniforme. Or cela a lieu sur cette membrane avant qu'elle ait acquis tout son développement, tandis que naturellement elle doit plus tard offrir des mailles distinctes dans son tissu et trois zones différentes dans sa couleur.

Le *coloboma* ou *scission irienne* existait chez les deux individus dont parle M. Stœber. Les recherches de M. d'Ammon ont prouvé que l'iris ne se développe point par deux moitiés latérales, comme on l'avait cru : ce qui donne lieu au coloboma, dit M. Stœber, c'est un état anormal de la choroïde. Celle-ci, avant que le ligament ciliaire

et l'iris soient formés, présente à sa partie inférieure interne une fente qui plus tard doit se fermer, et alors seulement le ligament ciliaire et l'iris s'y développent en forme d'anneau. Quand cette fente n'est point close à l'époque où ces deux dernières parties apparaissent, celles-ci resteront également incomplètes. Lors donc que le *coloboma* existe en bas et en dedans, il sera le résultat d'un arrêt de développement de la choroïde; il dépendra au contraire d'une fente anormale de cette membrane dans le cas où il se trouvera, comme dans les deux observations de M. Stœber, directement en bas ou en dehors.

On peut, avec M. Gescheidt, admettre trois degrés de microphthalmie en rapport avec les différentes phases du développement de l'œil.

Le premier correspond à la période de la vie embryonnaire où l'iris n'a point encore paru, et alors le voile irien manque. Mais je pense, avec l'auteur, que l'absence de l'iris peut exister sans microphthalmie : j'en ai observé 3 exemples, l'un à Strasbourg en 1839, avec M. Stœber, et deux autres à Lyon, avec M. le docteur Focachon, qui en a fait le sujet de sa thèse (*Thèses* de Strasbourg, 1840). Sur aucun de ces sujets il n'y avait diminution apparente du volume de l'œil.

Le deuxième degré de microphthalmie se caractérise par le coloboma de l'iris, arrêt de développement qui date d'une époque plus avancée de la vie embryonnaire : c'est à ce degré qu'appartiennent les deux observations de M. Stœber.

Enfin, dans le troisième degré, toutes les parties sont formées, mais dans des proportions trop petites; ce qui dépend de ce que l'œil est resté stationnaire et n'a pas suivi l'accroissement des autres parties du corps.

On avait déjà vu deux frères (Gescheidt), ou frère et sœur (Wutzer), être atteints de microphthalmie; mais jamais on n'avait rencontré un cas d'hérédité de ce vice de conformation. C'est un nouvel élément que M. Stœber a apporté à la question.

Une femme des environs de Saverne, âgée de 38 ans, vint le consulter le 5 juillet 1844, avec son fils atteint comme elle de microphthalmie. Personne dans sa famille n'avait eu ce vice de conformation; mais il est digne de remarque que son père avait perdu un œil par accident. Elle était née avec l'œil gauche beaucoup plus petit que l'autre. Son mari était bien conformé. Elle avait mis au monde deux garçons : l'aîné, âgé de 7 ans, qui l'accompagnait, était atteint de microphthalmie aux deux yeux; le cadet (Antoine), âgé de quatre ans,

qu'elle avait laissé chez elle, portait cette difformité à l'œil droit seulement.

Voici l'état de l'œil de leur mère :

A gauche, les paupières sont moins saillantes ; la fente palpébrale moins longue et moins ouverte ; le globe oculaire est beaucoup plus petit, et cette différence dépend surtout du manque de développement de la cornée et de l'iris gauches, ainsi que de l'absence de la chambre antérieure. La cornée est ronde, mais aplatie et très-petite ; l'iris est incomplet, son tiers inférieur manque. Ce coloboma est directement en bas. La couleur de l'iris est d'un châtain clair uniforme. Il n'y a pas de contractilité. La pupille est nette et déplacée en bas. Il n'y a pas de trouble dans les humeurs. La malade voyait d'abord assez bien pour distinguer tous les objets, mais sa vue a diminué depuis quelques années ; ce qu'elle attribue à ses chagrins et aux larmes qu'elle a répandues, etc.

En résumé, le travail de M. Stœber est fait avec beaucoup de méthode et de lucidité, il roule sur un sujet intéressant, il renferme deux observations rares bien exposées. M. Stœber est professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg ; il est connu par un excellent *Manuel des Maladies des yeux* (1836) et par un mémoire sur l'*Organisation médicale en France* qui a été couronné en 1830 par la Société de médecine de Marseille, etc. Il a professé des cliniques très-suivies sur les *maladies des enfants* et sur les *maladies des yeux*, etc. Enfin, Messieurs, votre rapporteur, qui a l'avantage de le connaître personnellement et qui a pu apprécier les qualités du cœur et de l'esprit qui le distinguent, pense que votre Société ne saurait faire une meilleure acquisition, et vous propose de l'inscrire en rang honorable sur la liste des candidats à la correspondance.

MICROPHTHALMIE ET SURDI-MUTITÉ HÉRÉDITAIRES ;

Par M. F. Cunier.

Un travail de M. Verté : *Quelques considérations sur les sourds-muets*, a donné lieu, dans la séance du 29 décembre 1844 de l'Académie royale de médecine de Belgique, à une discussion à laquelle ont pris part MM. Sauveur, Lombard, Fallot, Lebeau, François, Raikem, Burggraeve et Cunier. Ce dernier a fait connaître l'observation suivante de microphthalmie et de surdi-mutité héréditaires ; nous citons textuellement le *Bulletin de l'Académie :*

« Un honorable membre vient de citer un fait de surdi-mutité « héréditaire. J'ai eu occasion d'en constater un exemple des plus « remarquables. Une femme née d'une mère microphthalmique, « mais ayant les deux yeux parfaitement développés, s'est unie à un « homme dont la grand'mère était sourde et muette. De ce mariage « sont nés cinq enfants, trois garçons et deux filles : ces deux der- « nières sont affectées de microphthalmie. Chez l'une d'elles, qui est « en même temps sourde et muette, il y a absence complète de l'iris ; « l'autre est mariée, et un enfant qu'elle a mis au monde, il y a « trois ans, est sourd et muet en même temps qu'affecté de mi- « crophthalmie avec colobôme de l'iris. Cette hérédité de la surdi- « mutité et de la microphthalmie dans une même famille est bien « digne de fixer l'attention. Elle vient en quelque sorte corroborer le « raisonnement de M. Burggraeve, qui s'est attaché à faire ressortir « l'analogie qui existe entre les imperfections innées de l'appareil de « la vue et celles de l'appareil de l'ouïe. »

Nous devons ajouter ici quelques renseignements à cette communication improvisée.

La microphthalmie est double chez ces trois individus. La sourde-muette, qui est en même iridérémique, est aujourd'hui âgée de 23 ans; sa vue est assez bonne pour qu'elle puisse lire et écrire avec assez de facilité. Il n'existe qu'une très-légère altération de transparence dans la partie centrale des deux cristallins, qui se trouvent très-rapprochés de la cornée transparente qui est un peu saillante au centre. La limite scléro-cornéale est nettement tracée à gauche ; à droite, la cornée semble se continuer jusqu'à deux millimètres sur la sclérotique ; à cet endroit existe un anneau ressemblant à l'arc sénil. Elle fait usage de lunettes d'un bleu noirâtre, garnies latéralement de soie noire ; sans cet appareil, la photophobie empêche de tenir les paupières ouvertes, même à une lumière modérée. L'appartement où elle couche doit être obscurci, afin d'éviter la sensation douloureuse que provoque la lumière lorsqu'elle frappe les yeux au moment du réveil.

Cette jeune personne appartient à une famille aisée qui a habité longtemps le Canada et est aujourd'hui fixée en Belgique. On lui a donné une éducation aussi étendue que le permettaient les moyens dont on pouvait disposer dans la contrée où elle est née.

La sœur aînée a 26 ans. Ses deux yeux ont le même volume ; ils sont affectés de nystagme : le droit est assez fortement incliné en dedans; les iris, d'un bleu clair uniforme, sont presque accolés aux cornées,

qui sont aplaties. La circonférence de ces deux dernières membranes n'a point de limite scléroticale bien marquée; elles semblent se continuer dans la sclérotique, et se terminent par un anneau dentelé, d'un bleu-grisâtre. Les pupilles sont très-peu contractiles. La vision à l'œil nu est très-pénible; elle n'est possible que pour les gros objets placés à une assez forte distance : à l'aide de verres bi-convexes du n° 24, la lecture est possible; mais elle ne peut être soutenue pendant longtemps. La fatigue survient d'autant plus vite que le caractère est plus petit. La lecture de la musique est devenue impossible depuis deux ou trois années. Le n° 36 est habituellement porté.

Les paupières des deux sœurs sont très-étroites. On remarque à la paupière inférieure de l'aînée une cicatrice qui doit faire supposer que le mal d'yeux dont ses parents disent qu'elle a souffert, il y a quinze ans, était un entropion qui a été traité par la cautérisation avec l'acide sulfurique.

Le colobôme n'existe chez l'enfant que du côté droit; il figure un manque de substance en V, dont la pointe correspond à la partie centrale et inférieure de la cornée, et dont les bords vont se raccorder à un arc de cercle qui forme la moitié supérieure de la pupille.

On voit dans la communication de M. Cunier les trois degrés de la microphthalmie, admis par M. Gescheidt comme correspondant aux trois différentes phases du développement de l'œil, et rappelés par M. Stoeber (*Gazette médicale de Strasbourg*, décembre 1844). Ainsi, chez la sourde-muette, la micropthalmie existe avec iridérémie; c'est là le premier degré, constitué par l'arrêt de développement à une période peu avancée de la vie embryonnaire, alors que l'iris n'a pas encore paru. L'enfant offre un exemple du second degré, qui est caractérisé par le colobôme de l'iris; l'arrêt du développement date alors d'une époque plus avancée de la vie embryonnaire. La mère de cet enfant présente le troisième degré de la microphthalmie : toutes les parties sont formées; seulement elles existent dans des proportions trop petites, ce qui dépend de ce que l'œil est resté stationnaire, ou du moins de ce que son accroissement n'a pas suivi à pas égal celui du reste du corps.

Nous devons ajouter que les deux sœurs sont parfaitement conformées; la sourde-muette seule a le crâne d'un volume peu en rapport avec la petitesse de la face et du front. L'enfant est, outre la surdi-mutité, affecté d'un pied-équin congénital; ses membres su-

périeurs sont petits et grêles, comparativement aux autres parties du corps. Il a été, il y a quelques mois, fréquemment pris de convulsions pour lesquelles il a reçu les soins de notre estimable confrère, M. Parkins ; depuis cette époque il louche assez fortement en dedans, de l'œil droit.

Le seul exemple de microphthalmie héréditaire connu jusqu'à ce jour est celui que vient de publier M. Stœber, qui l'a observé chez une mère et ses deux fils. C'est la seconde fois que M. Cunier constate l'hérédité de cette imperfection ; il a opéré, en janvier 1842, un garçon de 12 ans, d'Overysche-Isque, d'un strabisme convergent double, avec nystagme, qui était en même temps affecté de microphthalmie double ; la mère qui accompagnait ce garçon était aussi microphthalmique, mais d'un œil seulement. Ce fait a été recueilli par M. le docteur Scherrer, de Constance, qui suivait à cette époque la clinique de M. Cunier, et a manifesté l'intention de le publier ; ce confrère en possède les détails, que nous avons vivement regretté de ne point trouver au livre de l'Institut ophthalmique.

M. Gescheidt a vu deux frères, M. Wutzer le frère et la sœur être atteints de microphthalmie. Deux frères microphthalmiques du côté gauche sont inscrits au registre de l'Institut ophthalmique de Bruxelles ; chez tous deux, l'iris était entier, et il existait une cataracte aride siliqueuse avec amaurose complète. Ils étaient accompagnés de leur père, le nommé Delnompré, qui avait perdu l'œil gauche 15 ans avant son mariage à la suite d'une ophthalmie purulente, pendant qu'il servait dans l'armée hollandaise. Le père de la femme microphthalmique dont parle M. Stœber, et qui a transmis son infirmité à deux enfants, avait aussi perdu un œil avant son mariage ; M. Gescheidt a noté la même circonstance dans un des cas qu'il rapporte. Nous connaissons un jeune employé au ministère des finances, affecté de microphthalmie avec cataracte branlante du côté droit, qui doit le jour à un père qui a perdu l'œil gauche à la suite d'une ophthalmie des nouveau-nés.

« Les cas de microphthalmie consignés dans les annales de la science, dit M. Stœber, sont peu nombreux. » — On n'en connaît en effet qu'une trentaine rassemblés ou publiés par MM. Seiler, Stilling, Arnold, Asmus, Jaeger, d'Ammon. Les chiffres suivants, tirés du registre de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, feraient supposer que la microphthalmie est beaucoup plus commune en Belgique que partout ailleurs.

Sur 7001 malades inscrits depuis le 1er juillet 1840, 21 sont

notés comme affectés de petitesse congénitale des yeux, à savoir :

18 d'un seul côté ;

11 à gauche, dont 2 avec cataracte aride siliqueuse, 1 avec iridérémie simple, 1 avec iridérémie compliquée de cataracte, 3 avec colobôme de l'iris, 4 ayant toutes les parties de l'œil formées : chez les 4 derniers, il y avait nystagme, et 3 d'entre eux louchaient en dedans ;

6 à droite, dont 2 avec colobôme de l'iris, 4 ayant toutes les parties de l'œil formées ; 1 d'entre ces derniers louchait en dedans ;

4 des deux côtés, dont 1 avec colobôme de l'iris à chaque œil, 1 avec colobôme à gauche ; les deux autres avaient toutes les parties de l'œil formées ; l'un d'eux est celui qui a subi l'opération du strabisme aux deux yeux.

10 de ces malades figuraient parmi les indigents aveugles ou atteints de maux d'yeux présentés à M. Cunier lors de la visite officielle qu'il a faite, en juin et juillet derniers, dans les chefs-lieux de canton de la province de Brabant.

M. Gescheidt suppose que dans les observations d'absence complète de l'iris, quelques auteurs ont oublié de mentionner que l'œil était en même temps affecté de microphthalmie. On a vu par ce qui précède que M. Cunier a noté trois fois cette coïncidence ; mais cet ophthalmologue a observé, comme M. Stœber et comme M. Pétrequin, l'absence de l'iris sans petitesse congénitale des yeux. Trois cas d'iridérémie sont inscrits au registre de l'Institut : dans deux, le volume des yeux était normal ; dans le troisième, la proéminence des bulbes est signalée.

NOTE SUR L'USAGE DES COLLYRES ;

Par M. le docteur V. Stoeber, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Je crois devoir soumettre ici, sur l'usage des collyres, une remarque que la plupart des lecteurs de ce journal auront sans doute déjà faite aussi.

Quelques auteurs prétendent que les pommades ne conviennent que dans les affections des paupières, et que les maladies du globe de l'œil doivent être traitées plutôt par des collyres liquides. Mais quand on voit combien il est difficile de faire appliquer convenablement

ces derniers, et avec quelle facilité, au contraire, le public se sert des pommades, on cherche naturellement à employer celles-ci toutes les fois que cela peut se faire. C'est ce qui a lieu, selon moi, dans la majeure partie des cas. La pommade, étendue dans la fente palpébrale, s'y liquéfie par la chaleur de la peau et se porte sur la surface de l'œil; ce que prouvent les picotements que les malades ressentent à leur réveil lorsque la pommade a été employée lors du coucher. Aussi suis-je arrivé à remplacer par des pommades la plupart des collyres, que je suis loin cependant de vouloir bannir de la pratique : les instillations de laudanum dans les ulcères atoniques et les taies de la cornée, celles d'une solution de nitrate d'argent dans certains cas d'ophthalmie purulente, sont trop efficaces pour qu'un médecin puisse vouloir s'en priver. Je ne parle pas non plus ici des fomentations faites avec de l'eau froide ou quelque liquide médicamenteux, qui ne peuvent guère être remplacées par une pommade. La justesse des observations que je viens de faire m'est prouvée par l'inutilité que j'observe tous les jours, des collyres employés comme ils le sont par un grand nombre de malades.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

Provincial medical and surgical Journal.

Pupille artificielle par déplacement de la pupille naturelle ; par M. Walker.—Il s'agit d'un cas de procidence irienne, suite d'une perforation de la cornée. Il s'était formé à l'endroit de la perforation une cicatrice qui recouvrait presque entièrement la pupille qui était fortement allongée; une petite portion de cette ouverture restait à découvert, mais ne pouvait suffire à la vision. M. Walker a pratiqué l'opération suivante : Il a ouvert la cornée vers le bord externe, et par suite de l'échappement de l'humeur aqueuse, la pupille a semblé s'étendre de ce côté; il a alors introduit par la plaie une petite pince, à l'aide de laquelle il a saisi le bord pupillaire externe de l'iris, qu'il a engagé dans l'ouverture de la cornée; il a ainsi formé une procidence artificielle grosse comme une tête d'épingle. Il en est résulté que la pupille a été déplacée dans la direction de la tempe, et s'est trouvée en rapport avec la partie transparente de la cornée ;

elle s'est ensuite élargie de bas en haut. Le traitement a paré aux accidents; la hernie a été cautérisée, etc.; la vision s'est rétablie.

M. Rognetta, après avoir rapporté cette observation dans le n° de décembre des ses *Annales de Thérapeutique*, p. 348, ajoute :

« *Ce mode opératoire appartient à Gibson ; il se trouve indiqué et* « *critiqué dans l'ouvrage de Scarpa, et c'est par erreur que quelques* « *personnes, en France, se l'ont attribué dernièrement.* »

Nous ne savons où M. Rognetta a pu trouver que la méthode par déplacement de la pupille naturelle appartient à Gibson. Nous avons ouvert Scarpa, *Traité des Maladies des yeux, traduit par Leveillé, augmenté d'un grand nombre de chapitres et d'articles par M. Rognetta* (édition de l'*Enyclopédie*, Paris, 1840), et si le nom de Gibson s'y trouve mentionné (*article additionnel de M. Rognetta*, p. 261), c'est dans quelques lignes consacrées à la description à peu près exacte du procédé de l'écrivain anglais, procédé mis en usage en 1811, et auquel M. Cunier a dû un si remarquable résultat (*voir* vol. IX, p. 46). — Mais établir la procidence de l'iris, exciser la portion herniée, n'est point *déplacer la pupille*. Le procédé employé par M. Walker n'appartient donc pas à Gibson; c'est à Adams (*Practical Observations on Ectropium and artificial pupil*, London, 1812, p. 48) que nous sommes redevables de cette méthode opératoire que Himly (*Bibliothek fuer Ophthalmologie*, Bd. I, St. I, p. 175) a employée aussi en 1812 (voir *Die Krankh. u. Missb. des Auges*, vol. II, p. 156, note 2me). — Adams, après avoir ouvert la cornée, a déterminé la procidence de l'iris en exerçant sur le globe une pression modérée à l'aide de son spéculum. Himly a introduit des pinces à travers l'ouverture cornéenne, est allé saisir le bord pupillaire de l'iris et l'a enclavé dans la plaie. Baratta a pratiqué, en 1818, cette opération en introduisant par la cornée son aiguille à crochet (1), à l'aide de laquelle il a saisi le bord de la pupille. Il a ainsi enclavé l'iris; pour ce qui est de la portion ainsi attirée au dehors, il l'a excisée. Les lecteurs des *Annales d'Oculistique* connaissent le procédé de M. Guépin (2), qui a agi par la cornée, ainsi que ceux de Embden (3) et de Van Onsenoort (4), qui ont pénétré par la sclérotique. Il en a été

(1) M. Mensert, *Beschouwingen en Mededeelingen*, etc., p. 55-61, a parfaitement établi que M. Lusardi s'est emparé de la découverte de Baratta, en décrivant comme sienne l'aiguille de son compatriote.

(2) *Monographie de la pupille artificielle*, Nantes 1841.

(3) *Dissertatio de raphiancistro*, etc. 1818.

(4) *Bijdragen tot de geschiedenis der Vorning van een kunst. Oogappel.* Utrecht, 1829, et *Operative Heelkunde*, 1re partie, p. 267. Amsterdam, 1822.

parlé au long par M. Cunier dans le 3e volume supplémentaire, pp. 117-122, de ce journal.

Des plaies de l'iris, et de la pupille artificielle; par M. Estlin. — L'auteur, s'appuyant sur de nombreux faits cliniques, démontre que les plaies simples de l'iris sont rarement suivies d'accidents; il est d'avis que l'excision, lorsqu'elle peut être employée, est la méthode préférable pour pratiquer une pupille artificielle. Les remarques de M. Estlin dénotent un observateur judicieux, un praticien exercé. (*Août* 1843.)

London and Edinburgh monthly Journal of Medical Science.

Du traitement du pannus ancien par l'inoculation de la matière blennorrhoïque; par M. Stout. — L'auteur entre dans de longues considérations sur la nature du pannus, sans toutefois apporter aucun élément nouveau sur ce sujet. A l'exemple de MM. Jaeger et Piringer (voir *Ann. d'Oc.*, vol. III, p. 221), il a fait, avec l'inoculation de la matière blennorrhoïque, quelques essais qui ont été suivis de notables succès. (1843.) Dr Jans.

JOURNAUX FANÇAIS.

Gazette des Hôpitaux.

De l'opération de la cataracte par élévation; par M. Hervez de Chégoin. — L'auteur pense qu'il est plus convenable d'*élever* le cristallin que de l'*abaisser*. M. Hervez a eu recours une fois à l'élévation, et M. Jobert trois fois : dans ces quatre opérations, le succès a été facile et complet. « La tendance du cristallin à revenir à sa place naturelle, dit l'auteur, quand on l'a porté en bas et en dehors par la méthode d'abaissement, est une des circonstances qui diminuent le plus les chances de succès dans cette dernière manière d'opérer. L'idée d'élever le cristallin au lieu de l'abaisser paraîtra singulière, puisqu'il trouvera dans les cellules supérieures du corps vitré, intactes et rompues, la même élasticité pour le repousser et le même défaut de résistance pour lui livrer passage, et que son poids semble ajouter aux chances désavantageuses qui se présenteront dans cette position qu'on a choisie pour le déplacement. » M. Hervez n'entre « dans aucune explication; » il reconnaît que les quatre succès

qu'il signale sont insuffisants pour établir la préférence en faveur de l'élévation ; son but principal, en appelant l'attention sur ce procédé, paraît être d'engager les praticiens à tenter des essais. Sans vouloir trouver à l'élévation des avantages sur tous les points, il est d'avis que le mouvement de pronation du poignet par lequel on élève la main est plus facile que le même mouvement combiné avec celui de l'abaissement. M. Hervez termine en disant qu'il n'affirme rien quant à la nouveauté du procédé ; il déclare seulement ne l'avoir point trouvé indiqué dans les auteurs. (17 *décembre* 1844.)

— L'élévation de la cataracte a déjà été proposée, il y a six ans, par M. Pauli, de Landau (Bavière rhénane), qui l'a décrite sous le nom de *Sublatio cataractae*, dans son ouvrage *Ueber den grauen Staar und die Verkrümmungen* (8° pp. 440, Stuttgart, 1838), analysé par M. Stœber dans le second volume (p. 264) de nos *Annales*, ainsi que dans les *Archives générales de Médecine*, 1839. La *Gazette médicale de Paris* (1838, p. 502) a fait connaître ce procédé d'après la *Monatsschrift* de M. d'Ammon, qui a donné un extrait du livre de M. Pauli. — Nous avons appris à nos lecteurs (1er vol. supplémentaire, p. 160) que le docteur Hezel (*Kritik der neuen Methode des Dr Pauli den grauen Staar zu stechen* (8° pp. 30, Ulm, 1840) a procédé à des essais qui l'ont porté à se prononcer absolument contre le nouveau procédé.

Nouveau cas d'extirpation de l'œil par le procédé de M. Bonnet ; par M. Auguste Bérard. — Une petite fille de 8 ans avait été prise, huit mois avant son entrée à la Pitié, d'une ophthalmie caractérisée par de la photophobie et une rougeur de la conjonctive plus prononcée à droite qu'à gauche ; de ce côté elle disparut promptement. La photophobie persista à l'œil droit, qui perdit bientôt la faculté visuelle et devint le siége de douleurs lancinantes s'irradiant à la tempe et au front. La santé générale s'altéra, la malade maigrit. — Au bout de deux mois, il se développa au côté externe et supérieur de la cornée une petite tumeur qui fut incisée ; ce qui ne l'empêcha pas de grandir. — Lors de l'entrée à l'hôpital, cette tumeur était arrondie, avait acquis le volume d'une grosse noix et proéminait entre les paupières ; elle présentait une surface granuleuse ; sa coloration était vineuse ; elle semblait surajoutée au globe oculaire, dont le volume ne paraissait pas augmenté. Les douleurs étaient peu vives ; la cornée et l'iris n'étaient point détruits ; l'œil, libre dans ses mouvements, était porté vers l'angle interne ; la conjonctive vari-

queuse, les paupières un peu tuméfiées. Aucune hémorrhagie n'avait eu lieu par la tumeur. — Considérant l'état général de la malade, l'absence de tout écoulement sanguin et surtout la mobilité du globe oculaire, M. Bérard pensa que le cancer dont la malade était évidemment atteinte n'était pas encore arrivé à sa troisième période; que le tissu cellulaire de l'orbite était, par conséquent, intact; que le mal était borné au globe lui-même, et qu'il suffirait d'enlever cet organe seul pour emporter le cancer en totalité. L'opération fut pratiquée de la manière suivante: le globe oculaire étant trop volumineux pour sortir par la fente palpébrale, M. Bérard incisa la commissure externe, et comme le côté interne de l'œil paraissait plus résistant, il le fit saisir avec une airigne. Puis, soulevant avec des pinces la partie de conjonctive qui répond à l'angle interne, il la divisa d'un coup de ciseaux; il introduisit alors un crochet mousse sous le muscle droit interne qu'il divisa. L'opération fut achevée comme l'indique M. Bonnet; le droit externe fut coupé le dernier, après la section du nerf optique. Cette opération fut exécutée avec promptitude et sans souffrance notable pour la malade. — Le pansement consista en compresses trempées dans l'eau froide et fréquemment renouvelées. — L'incision de la commissure externe s'est réunie par première intention; les paupières aplaties bouchent l'ouverture orbitaire; la supérieure est soulevée, mais faiblement. Le cercle fibreux sur lequel les muscles se réunissent avant de s'attacher au globe s'est affaissé selon son diamètre vertical; ce qui fait que les circonférences supérieure et inférieure étant en contact, il y a eu entre elles agglutination. Le moignon peut exécuter des mouvements de haut en bas et de dedans en dehors. La suppuration a été nulle; les larmes continuent à couler par les voies naturelles. (*Juillet* 1844.)

— Nos lecteurs connaissent le procédé mis en usage par M. Bérard, par la description que nous en avons donnée dans le VII[e] volume de nos *Annales*, pp. 30-33. Ainsi que nous l'avons dit alors, ce procédé est d'une exécution très-facile, infiniment plus prompte que ceux autrefois en usage. Il serait désormais impardonnable de recourir à ces derniers, à moins d'une nécessité absolue résultant de ce que l'altération aurait envahi des parties qui sont respectées dans le nouveau procédé. En rapportant les détails de l'opération, suivie de succès, qui nous avait été communiquée par notre collaborateur et ami, M. le professeur Stœber, de Strasbourg, nous avons dit que, dans un cas où nous avions pratiqué l'extirpation de l'œil suivant le procédé en question, la suppuration avait été d'une abondance que

nous n'avions jamais remarquée ; que le bourgeonnement avait été excessif et avait donné pendant plusieurs jours à croire que les tissus laissés dans l'orbite étaient aussi dégénérés. Nous laissions à l'expérience de prononcer si cette suppuration abondante, ce bourgeonnement excessif se manifesteraient dans tous les cas. Les craintes que nous avions cru devoir manifester ne se sont point réalisées ; rien de semblable n'avait été observé par M. Stœber, qui a le premier mis en pratique le procédé proposé par M. Bonnet. On a vu plus haut que chez l'opérée de M. Bérard, *la suppuration a été nulle ;* il en a été de même dans trois des quatre extirpations pratiquées par nous depuis le mois de mars 1842, époque où nous avons, pour la première fois, opéré suivant le nouveau procédé. Chez une malade de 16 ans, opérée le mois dernier, il est survenu du boursoufflement avec un peu de suppuration qui s'est tarie au bout de trois jours sous l'influence d'instillations avec l'eau de Goulard.

La conduite conseillée par M. Bonnet a l'avantage précieux de faire obtenir un moignon : quatre de nos opérés portent un œil artificiel parfaitement mobile. Le moignon obtenu par M. Bérard fournira un résultat non moins satisfaisant : chez l'opérée dont il vient d'être question, et qui présentait identiquement la même affection que la malade de M. Bérard, la fente palpébrale a dû être incisée; la réunion a été complète, mais dans le boursoufflement avec suppuration de si courte durée qui s'est manifesté, il s'est produit une adhérence du moignon avec la commissure externe, et il sera nécessaire de recourir à une opération, si nous croyons, plus tard, pouvoir placer un œil artificiel. F. Cunier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De Syndesmitide varicosa. Scripsit Guillelmus Rau, medicinae, chirurgiae artisque obstetriciae Doctor, ophthalmiatrices et paidiatrices Professor in litterarum Universitate bernensi. — Bernae et Sangalli Helvetiorum, sumptibus Huber et socii. (*Körber.*) — 1844, in-4°, pp. 24.

Lorsqu'un auteur, déjà favorablement connu dans la science à laquelle il a donné des garanties de talent, de savoir et de bonne foi, se présente devant le public avec un nouveau travail, celui-ci a droit à être examiné avec la plus grande attention, et plus les idées

dont il se fait l'interprète s'éloignent de celles qui ont cours sur la même matière, plus il faut mettre de soin dans leur appréciation. C'est à ce double titre que la dissertation dont le titre est inscrit en tête de cet article nous a paru mériter une analyse détaillée. Nous pouvons dire, dès à présent, que nous sommes loin de partager la manière de voir de l'auteur; que l'affection dont il fait l'histoire n'est pas à nos yeux un genre spécial de maladie dont les traités d'oculistique ont jusqu'à ce jour négligé l'étude : mais, encore une fois, cette divergence d'opinions même nous impose le devoir d'être circonstancié dans l'exposé des siennes.

La *syndesmite variqueuse*, maladie spéciale de la conjonctive, qu'il ne faut confondre ni avec l'ophthalmie variqueuse des anciens ni avec la cirsophthalmie et l'ophthalmie veineuse des modernes, est une *affection inflammatoire de la conjonctive scléroticale et de son tissu cellulaire sous-jacent, accompagnée d'une grande dilatation et multiplication des vaisseaux sanguins, ne produisant dans les parties affectées qu'une tuméfaction peu sensible, et qui est plus disposée que toutes les autres espèces d'ophthalmies à donner lieu à diverses formes d'hypertrophies.* Voilà la définition de l'auteur, qui n'a rien jusque-là de bien spécial. — Passons à la symptomatologie. Ses *symptômes* sont ou objectifs ou subjectifs. Parmi les premiers, on observe une rougeur si singulière, qu'elle seule suffit presque toujours pour faire reconnaître la maladie. Des vaisseaux sinueux, gorgés de sang, naissent du pli de la conjonctive, s'avancent vers le bord de la cornée qu'ils ne dépassent jamais, s'anastomosent en se ramifiant, et recouvrent la conjonctive d'un épais réseau de couleur *livide* et *brunâtre*. Au-dessous de cette couche superficielle, on en remarque une autre siégeant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Au début de la maladie, on aperçoit dans l'intervalle laissé par l'injection vasculaire la sclérotique blanche; mais, par ses progrès, on voit disparaître cette membrane sous le lacis formé par les vaisseaux congestionnés. Un des caractères distinctifs de cette rougeur, c'est de disparaître momentanément sous une pression légère exercée à l'aide du doigt sur la paupière et de reparaître aussitôt qu'on la cesse, comme dans l'érisypèle. La conjonctive palpébrale rougit de même, mais ne présente pas de granulations. Les paupières se gonflent aussi et prennent une teinte rosée. Un signe que l'auteur considère comme pathognomonique, c'est le peu de gonflement des parties affectées. Il note comme une chose surprenante que la rougeur est toujours en raison du gonflement. Un troisième signe, c'est l'altération des sé-

crétions : larmoiement, surtout au début ; sursécrétion modérée du mucus oculaire ; agglutination des paupières ; légère augmentation de la chaleur.

Parmi les signes subjectifs, on observe : absence de photophobie, peu ou point de douleur, à l'exception toutefois d'une sensation incommode, semblable à celle d'un corps étranger sous les paupières ; vision obscure, comme voilée, ce qui est dû à la présence d'un peu de mucus sur la cornée.

De sa nature cette affection ne donne jamais lieu à des symptômes généraux.

Il arrive rarement au médecin d'assister au début de l'affection ; elle a toujours une *marche* chronique et peut durer des mois entiers sans aucun changement essentiel, sans rémissions comme sans exacerbations. On remarque à la vérité quelquefois des recrudescences avec augmentation de chaleur, photophobie et larmoiement ; elles ne dépendent pas de la maladie même, mais de circonstances fortuites, telles que changements atmosphériques, écarts de régime, etc.

Cette affection s'accompagne souvent de phlyctènes, surtout chez les cachectiques, les scrofuleux et les dartreux ; elles se placent sur les bords de la cornée, mais jamais sur cette membrane.

Quand la syndesmite variqueuse ne se termine pas par résolution, et surtout quand elle est plusieurs fois récidive, elle entraîne à sa suite les plus graves accidents, tels que l'état variqueux de la conjonctive, la cirsophthalmie, le staphylôme de la sclérotique ; ce qu'on observe surtout chez les hémorrhoïdaires, les goutteux, chez les hommes qui souffrent de congestions abdominales, chez les femmes à l'époque de la ménopause. Elle est quelquefois suivie d'ophthalmoblennorrhée, spécialement chez les scrofuleux et les goutteux, de pannus vasculaire, de *ptérygion*, et enfin d'une production accidentelle siégeant sur la conjonctive, que l'auteur, qui pense l'avoir le premier observée, nomme *pinguecula triangularis*, et qui consiste dans une masse lardacée jaunâtre, parcourue de quelques vaisseaux sanguins, ayant la forme d'un triangle dont la base, tout au rebours de celle du *ptérygion*, répond au bord de la cornée, et le sommet à l'angle de l'œil.

Ici l'auteur entre dans beaucoup de détails sur l'origine du ptérygion, du pannus vasculaire et du pannus membraneux ou charnu, et émet l'opinion que le pannus vasculaire est toujours le produit de la syndesmite variqueuse ; ce dont nous tomberions facilement

d'accord avec lui s'il voulait renoncer à considérer celle-ci comme une maladie spéciale et l'envisager simplement comme une conjonctivite chronique, accompagnée d'une dilatation variqueuse des vaisseaux. Quoi qu'il en soit, cette discussion lui fournit l'occasion de prouver combien la littérature médicale ophthalmologique, tant allemande que française, lui est familière.

Quelque facile que le *diagnostic* de la syndesmite variqueuse paraisse en général à l'auteur, il nous a semblé cependant que les signes différentiels par lesquels il cherche à la distinguer d'autres conjonctivites, et notamment de la conjonctivite scrofuleuse torpide, sont bien vagues et peut-être même arbitraires.

La maladie reconnaît pour *cause prochaine* la stase du sang dans les vaisseaux capillaires, surtout les veineux, avec production et ramollissement de vaisseaux nouveaux. Parmi les *causes prédisposantes*, l'auteur note l'âge déjà avancé, rarement la jeunesse, jamais l'enfance; le sexe féminin, la constitution molle, lâche, lymphatique; les congestions sanguines atoniques dans l'abdomen, les hémorrhoïdes, l'aménorrhée, la goutte, les affections cutanées, les écrouelles. Parmi les *causes occasionnelles*, il cite l'usage prolongé de *l'iodure de potassium*.

Malgré la gravité des conséquences que peut avoir la syndesmite variqueuse, son *pronostic* est favorable, parce qu'elle guérit presque toujours par un traitement approprié. Cependant il ne faut pas perdre de vue qu'elle a toujours une grande tendance à récidiver et que les rechutes sont plus rebelles à mesure qu'elles se répètent davantage. La présence des dyscrasies rend aussi le pronostic plus fâcheux.

Le chapitre du *traitement* est fort court. Il faut remonter d'abord aux causes éloignées et les combattre, ensuite recourir aux substances astringentes. Cependant il faut se garder d'employer les astringents purs, qui pourraient supprimer les sécrétions muqueuses et séreuses, et disposer ainsi aux diverses espèces d'induration. Il faut rejeter les huileux et les pommades. Les moyens dont on tire le meilleur parti sont la pierre divine avec quelques gouttes d'eau-de-vie camphrée. Le sulfate et l'acétate de cuivre, le sulfate de zinc ou de cadmium avec addition de quelques gouttes de vin d'opium, ont des effets analogues, mais sont moins actifs. Chez les scrofuleux, on a essayé, sans succès, le deutochlorure de mercure, et, en général, les mercuriaux, tandis que des instillations dans l'œil, faites avec une solution chargée de nitrate d'argent, ont mieux réussi. Ce sel

est le seul remède efficace contre les phlyctènes et les ulcérations qu'elles laissent après elles.

Les émissions sanguines, tant par la lancette que par les sangsues et les ventouses, sont inutiles, si ce n'est dans les cas de pléthore ou de suppression d'hémorrhagies. Il ne faut jamais appliquer des sangsues autour des yeux. Les révulsifs de toute espèce sont aussi sans effet sur le traitement, mais ils peuvent servir à empêcher les récidives. Il faut bien se garder de comprimer l'œil par des bandeaux ; il suffit, pour le garantir de l'action de la lumière, de le couvrir d'un linge flottant.

Quand toute inflammation est dissipée, on se trouve bien de poser sur les yeux des sachets d'herbes aromatiques.

— J'espère ne rien avoir omis dans cette analyse qui fût nécessaire pour faire bien comprendre les idées de l'auteur. J'ai surtout accordé beaucoup de développement à la symptomatologie, qui pouvait le mieux faire juger jusqu'à quel point la syndesmite variqueuse mériterait une place spéciale et distincte dans les traités d'ophthalmologie. Ma conviction, à moi, est que le savant auteur a décrit une conjonctivite primitivement chronique ; par où j'entends moins une inflammation conjonctivale d'une longue durée et d'une marche lente, qu'une affection de ce genre demeurée locale, n'exerçant aucun effet sympathique sur les viscères, n'ayant pas le degré nécessaire pour démolir (qu'on me passe l'expression) le tissu où elle est fixée, mais y opérant des métamorphoses et y créant divers produits accidentels. — Ces cas primitivement chroniques sont rares, et l'auteur est le premier à proclamer le peu de fréquence de la syndesmite variqueuse ; mais rien n'est plus commun que de rencontrer des conjonctivites chroniques consécutives à des aiguës, et c'est ainsi qu'elles ont été, si je ne me trompe, parfaitement décrites par les auteurs. Ce qui manque seulement au tableau qu'ils en ont tracé, ce qu'il suffirait d'y ajouter pour qu'on n'eût rien à y reprendre, c'est l'observation que quelquefois, mais rarement, ces états chroniques se présentent d'emblée.

Je hasarderai encore une réflexion. Les cas d'après lesquels l'auteur a composé son histoire ont été fournis *surtout* par des scrofuleux, des dartreux, des arthritiques, etc. Or, la présence de ces cachexies devait nécessairement leur imprimer un cachet particulier, revêtir la simple conjonctivite primitivement chronique, plus ou moins ancienne, d'une forme particulière, et lui donner une physionomie un peu différente de celle qu'elle a naturellement, mais sans pouvoir lui enlever cependant son véritable caractère. Aussi, malgré

son grand talent d'observation et ses convictions sincères, n'a-t-il, dans son chapitre du diagnostic différentiel, pu tracer d'une manière nette et distincte la ligne de démarcation entre la syndesmite variqueuse et les conjonctivites scrofuleuse torpide et dartreuse, et a-t-il été contraint d'attacher une grande importance à quelques nuances fugitives, quelques différences en plus ou en moins, dont il serait, à mon avis, de toute impossibilité de faire aucune application clinique.

C'est, au reste, de peu d'intérêt, et voici pourquoi : la thérapeutique de la syndesmite variqueuse, telle que la règle l'auteur, est, je pense, tout à fait celle qui convient le mieux aux conjonctivites chroniques, et le nitrate d'argent, dont il fait avec raison un si grand éloge, nous y rend chaque jour les plus éminents services.

Cependant, et j'aime à répéter ce que je disais en commençant, quelle que soit la manière dont on juge les idées fondamentales de l'auteur, son travail sera lu avec intérêt, consulté avec fruit, et lui donne un nouveau titre à l'estime du public médical et à la reconnaissance de la société.

FALLOT.

Chirurgie oculaire, ou *Traité des opérations chirurgicales qui se pratiquent sur l'œil et ses annexes* : ouvrage contenant la pratique opératoire de F. Jaeger et de A. Rosas, professeurs d'ophthalmologie à Vienne ; par le docteur CHARLES DEVAL. — 1 vol. in-8° de 739 pag. avec planches. Paris, 1844, Germer Baillère.

Cet ouvrage, comme l'indique son titre, est un livre d'application pratique dans lequel l'auteur s'est efforcé de décrire avec précision et clarté les méthodes et procédés opératoires applicables au traitement des maladies des organes visuels.

A l'occasion de chaque maladie, M. Deval examine avec soin les indications à remplir, l'appareil instrumental dont les planches reproduisent les détails, les accidents qui peuvent accompagner ou suivre l'opération, et les soins consécutifs, toujours si nécessaires, et dont l'oubli ou la fausse direction compromettent trop souvent les plus beaux succès. Un précis pathologique, des discussions pratiques et des notions historiques complètent chaque article toutes les fois que le sujet le comporte.

Cet ouvrage renferme une foule de détails d'autant plus précieux

que son auteur les a puisés en grande partie dans les cliniques qu'il a longtemps fréquentées en France, en Angleterre et particulièrement à Vienne, sous les illustres professeurs d'ophthalmologie Jaeger et Rosas, si justement en honneur dans toute l'Europe.

Rédigé en grande partie à Vienne, il était presque terminé en 1839, quand apparut la découverte de Stromeyer. En retardant sa publication, l'auteur a été assez heureux pour pouvoir mettre à profit l'ouvrage publié en 1842 par Dieffenbach. Le chapitre du strabisme est un traité sur la matière.

La chirurgie oculaire de M. le docteur Deval atteste un succès dans la spécialité oculistique.

On s'est élevé d'une manière trop exclusive, dans ces derniers temps, contre les spécialités. Elles favorisent en un sens, il est vrai, une plaie hideuse de la médecine, la médecine ambulante, le charlatanisme. Mais il est bien peu d'hommes assez fortement organisés pour embrasser l'immense étendue des connaissances médicales, pour en approfondir toutes les parties et y obtenir des succès réels et durables, alors qu'ils sont obligés, dans le cours de leur pratique, de porter tour à tour toute leur attention sur une foule de choses les plus diverses. Quoi qu'ils fassent, au reste, forts sur un point, ils faiblissent visiblement dans les autres, forcés qu'ils sont de les négliger, et ils deviennent spécialistes sans s'en apercevoir.

Nous préférons et nous croyons éminemment utiles à la science ceux qui, après des études fortes et complètes, se consacrent franchement à l'étude et à la pratique de l'une des branches spéciales des connaissances médicales, sans oublier jamais qu'elles sont toutes solidaires.

L'ouvrage de M. Deval sera consulté avec fruit par tous ceux qui se livrent à la pratique des opérations réclamées par les maladies des organes de la vision.

D[r] Gouzée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Van Onsenoort. (A. G.). —*Handbuch der Krankheiten und Gebrechen des Auges in deren ganzem Umfange.* Aus dem Hollandisch von J. Neuhausen. Crefeld, Funcke, 1844, 1 Bd, 1 Lief., gr. 8° pp. 112, avec deux planches.

(M. Neuhausen, médecin-praticien à Aldekerke, publie sous ce titre une

traduction allemande du *Manuel d'Ophthalmologie* de Van Onsenoort (*Handboek der Oogziekten en Gebreken.* Amsterdam, Sulpke et C., 1837-39, 2 vol. gr. in-8°, avec planches). — Déjà la première livraison a paru ; l'ouvrage sera complet en six livraisons formant 2 volumes. — Nous avons vu avec joie ce nouvel hommage rendu à la mémoire d'un homme que la Néerlande a en quelque sorte méconnu, et qui a rendu les services les plus signalés à l'ophthalmologie.)

Rau (W).—*Die Krankheiten und Bildungsfehler der Regenbogenhaut*. Bern, Hubert et C., 1834, gr. 8°. 1e Theil, pp. VIII-270.

(La première partie de cet ouvrage vient d'être mise en vente : elle constitue un fascicule de VIII- 270 pages ; elle est consacrée à l'inflammation de l'iris. Le nom de l'auteur, l'importance de la matière (*maladies et vices de conformation de l'iris*) qu'il traite, assurent un grand succès à cet ouvrage.)

Benedict (T. W. G.). — *Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde.* 2 Bd. (Schluss). Breslau, Freund, 1844, gr. 8°.

(La première partie a paru en 1842 ; nous avons analysé, dans notre 3e vol. supplémentaire, les mémoires qu'elle contient. Nous n'avons pas encore lu la deuxième et dernière partie, que nous ne connaissons que par l'annonce qui vient d'en être faite.)

Chelius (Max. Jos.). — *Handboek der Oogheelkunde, ten gebruike bij zijne voorlezingen.* Leeuwaarden, G. T. N. Suringar, 1844, gr. 8°.

(Nous avons annoncé, dans notre livraison de novembre (p. 215), que le docteur Pool publiait chez M. Sulpke, à Amsterdam, une traduction hollandaise du *Traité d'Ophthalmologie* de M. Chelius. Nous avons reçu depuis lors le prospectus d'une autre traduction hollandaise, qui est en ce moment en voie de publication à Leeuwaarden ; le traducteur ne se nomme point. — Il est à espérer que les deux traducteurs joindront au 2e volume quelques notes rendues indispensables par les progrès imprimés à la chirurgie oculaire depuis 1839, époque de sa publication en allemand et en français. On sait que le premier volume n'a paru qu'en 1844.)

Carron du Villards (C. J. F.). — *Rapport aangeboden aan Z. M. den Koning der Nederlanden, over de Oogziekten die in het Groot-Hertogdom Luxemburg zijn behandeld, door C. J. F. Carron du Villards, doctor in de Genees-en verloskunde, Oogheelkundige des legers van Z. M. den Koning van Sardiniën, enz. ; gevolgd door een verslag van 700 operatiën tegen het scheelzien te Nancy, Metz en Luxemburg bewerkstelligd.*

(Ce titre est transcrit de la bibliographie de la *Nederlandsch Lancet*, septembre 1844. C'est la traduction en hollandais du *Rapport à S. M. le roi des Pays-Bas*, etc., analysé par M. de Mattos, dans notre Xe volume, p. 289. M. Carron y a joint un compte-rendu de 700 opérations de strabisme pratiquées à Nancy, Metz et Luxembourg.)

D'Arcet (F.).— *Recherches sur les ophthalmies purulentes*, Paris, 1844, 8°. (Extrait des *Annales de Chirurgie.*)

Landrau (J. F. P.). — *De la kystotomie postérieure, ou déchirement de la cristalloïde postérieure, après l'extraction, comme moyen de s'opposer aux cataractes membraneuses secondaires. Réflexions pratiques sur les diverses méthodes d'opérer la cataracte.*

(Nous ne savons où a paru cette brochure, annoncée dans la *Nederlandsch Lancet*, novembre 1844.)

Chronique.

Bruxelles. — Aux termes de la circulaire du ministre de la guerre, en date du 2 septembre 1842, tout homme envoyé en congé à long terme, par quelque motif que ce soit, doit au préalable être soumis à la visite du chef du service de santé du corps ou de la fraction de corps dont il fait partie, et le congé ne lui est délivré qu'au cas où il est reconnu exempt d'ophthalmie ou de granulations récentes, ou bien lorsqu'il se trouve dans un état de convalescence tel que la contagion n'est plus possible. — Les dispositions de cette circulaire étant entièrement applicables aux volontaires dont le terme de service est expiré, M. le ministre de la guerre, par une circulaire du 3 décembre dernier, a fait connaître aux chefs de corps qu'ils doivent s'y conformer exactement, dans tous les cas sans distinction. (*Journ. mil. offic.*, décembre 1844.)

— S. E. M. José Carlos Pereira de Almeida Torres, secrétaire d'État, ministre des affaires de l'empire du Brésil, vient de témoigner sa haute satisfaction à M. le docteur Cunier, chirurgien de l'Institut ophthalmique de Bruxelles, pour les soins que cet oculiste a pris de l'éducation ophthalmologique de plusieurs jeunes Brésiliens venus en Europe pour y perfectionner leurs études médicales. S. E. se dit heureuse des succès que quelques-uns de ces jeunes gens ont obtenus déjà dans la littérature et la pratique oculistiques.

Par cette même lettre, conçue dans les termes les plus bienveillants et les plus flatteurs, S. E. charge M. Cunier d'exprimer à M. le docteur Van Berchem (de Willebroeck) toute sa gratitude pour les services que ne manquera point de rendre à l'empire brésilien le mémoire publié par ce médecin *sur les moyens propres à arrêter les ravages de la petite vérole.*

— Par divers arrêtés royaux, en date du 31 décembre, ont été nommés chevaliers de l'ordre Léopold, MM. les docteurs *Cambrelin*, de Namur; *Ruten* de Verviers, *Varlez* et *Phillips*, de Bruxelles, *Jules Guérin*, de Paris, ainsi que MM. *Talma*, dentiste, et de *Hempline*, pharmacien à Bruxelles. Ces arrêtés, n'ayant pas encore été insérés au *Moniteur*, nous ne connaissons pas les *considérants* par lesquels le ministère justifie ces nominations, dont quelques-unes ont excité déjà les récriminations de la presse politique.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIII. — 3e série. Tome Ier. — 2me livraison.
FÉVRIER 1845.

DES LUNETTES ET DES ÉTATS PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LEUR USAGE IRRATIONNEL;

Par le docteur SICHEL.

Leçons cliniques recueillies par le docteur DESOUT.

(SUITE. *Voir notre dernier numéro,* pp. 5-27.)

§ XII. — *Du développement brusque de la presbytie.* — Jusqu'ici nous n'avons considéré la presbytie que comme dépendante de conditions primitives et congénitales, et n'augmentant que plus ou moins lentement avec l'âge. Les auteurs rapportent quelques cas de presbytie développée d'une manière soudaine. Bien que, dans notre pratique, nous n'ayons point recueilli de faits de cette nature et qu'ils soient difficiles à expliquer, nous sommes bien loin de vouloir en nier la possibilité. Toutefois on nous permettra d'émettre quelques doutes sur le développement brusque et absolu de la presbytie, sans qu'elle ait existé d'avance à un certain degré. Tout ce que nous avons vu sous ce rapport nous force au moins à admettre qu'aucune personne myope, même d'une manière peu prononcée, n'est jamais devenue soudainement presbyte, et que les changements qu'on a vus s'opérer brusquement n'ont consisté que dans un alongement plus ou moins rapide de la portée déjà naturellement longue de la vision. En passant en revue toutes les observations de ce genre que nous avons pu rencontrer, et en les classant d'après les circonstances qui ont concouru à produire le phénomène indiqué, nous arrivons aux résultats suivants :

1° Il y a un grand nombre de personnes modérément presbytes qui, pendant une très-grande partie de leur vie, se regardent comme

n'étant ni presbytes ni myopes, par la raison qu'elles n'ont pas besoin de rapprocher ou d'éloigner beaucoup les objets. Lisant et travaillant peu, n'écrivant pas très-assidument, et, par habitude, éloignant suffisamment les objets, elles ne se servent pas de lunettes. La nature de leurs occupations ou leurs loisirs leur permettent de sortir beaucoup; elles portent souvent leurs regards sur des objets distants : leur presbytie augmente toujours, mais ce mouvement de progression est si lent et si uniforme qu'elles ne le remarquent pas. Cependant, à un âge plus avancé (celui de cinquante ans, par exemple), cette augmentation devient plus sensible : c'est alors que ces personnes éprouvent plus ou moins subitement le besoin d'éloigner les petits objets et de se servir, pour la lecture et le travail, de lunettes d'un pouvoir considérable. En même temps, elles s'aperçoivent que la portée de leur vue s'est considérablement accrue pour de grandes distances. Elles se croient donc devenues presbytes tout à coup, tandis que leur presbytie n'a fait que s'accroître plus rapidement qu'il n'arrive d'ordinaire, suite naturelle de l'action de la faculté d'accommodation qu'elles ont davantage exercée de loin que de près.

2° Les maladies dans lesquelles les diamètres de la pupille s'agrandissent, telles que la mydriase dépendant de la paralysie du ganglion ciliaire, celle qui est symptomatique de la paralysie du nerf moteur oculaire commun, et celle qu'on produit à volonté par l'application sur l'œil du suc de certaines plantes narcotiques, comme la belladone, la jusquiame, etc., ces maladies rendent également la vue beaucoup plus longue. Leur invasion étant presque toujours rapide, elles peuvent soudainement augmenter la presbytie déjà existante, ou diminuer considérablement la myopie, qui toutefois ne change pas en presbytie. Bien que d'ordinaire elles affectent seulement un œil, un certain degré de mydriase survenue exceptionnellement aux deux yeux à la fois, en forçant les malades à se servir de lunettes convexes, peut, dans quelques cas, en avoir imposé pour une presbytie survenue brusquement, surtout lorsque le malade, encore jeune et n'ayant pas auparavant éprouvé le besoin d'éloigner les objets, ignorait la nature particulière de sa vue. Cette circonstance est très-fréquente, autant parmi les gens du monde que dans la classe ouvrière; car on rencontre tous les jours des personnes incapables de répondre à la question de savoir si elles sont presbytes ou myopes et ne comprenant presque pas cette question. Le fait que la mydriase alonge le foyer visuel et rend plus ou moins presbyte, est prouvé par l'expé-

rience de tous les jours et facile à vérifier par l'instillation d'une goutte d'une solution d'extrait de belladone dans un œil sain. Il était réservé à un compilateur qui croit pouvoir remplacer par de l'arrogance l'expérience qui lui manque, de nous apprendre dans un soi-disant *Traité complet des Maladies de l'œil* que la mydriase rend myope !!

3° D'autres états pathologiques dont l'invasion est plus ou moins rapide peuvent également produire un accroissement subit de la presbytie, de manière à empêcher les malades de lire et de travailler sans lunettes. Cet accroissement s'opère probablement soit par la congestion sanguine dans l'œil même ou dans les tissus mous de l'orbite, soit par le développement de tumeurs dans cette cavité, et par d'autres circonstances, encore inconnues, qui changent les diamètres du globe oculaire ou diminuent la faculté d'accommodation. Toutes les fois que de pareilles modifications dans le foyer de la vue ont lieu chez des individus encore jeunes, et particulièrement chez des enfants qui n'ont pas fait attention à la portée de leur vision, rien n'est plus naturel que de croire que la vue est soudainement devenue longue, tandis qu'elle l'était déjà auparavant, mais à un moindre degré.

4° Chez des individus jeunes, et surtout chez des enfants, l'amblyopie presbytique, comme nous allons le voir (§ XVIII), se présente quelquefois sous une forme particulière, caractérisée par sa marche plus ou moins rapide et par l'impossibilité de lire. A l'aide de verres convexes, la lecture devient alors possible. Sans une analyse attentive des symptômes, on peut prendre cette affection pour une presbytie survenue soudainement. Tel est le cas observé par Hunter et rapporté en abrégé dans le tome III des *Annales d'Oculistique*, page 86. Que nos lecteurs veuillent bien le relire et le comparer à ce que nous exposerons dans les §§ XIII et XVIII : nous osons espérer qu'ils y reconnaîtront une amblyopie presbytique produite par l'exercice précoce de la vue à la lecture et à l'écriture, et guérie par la cessation de ces exercices et par quelques moyens généraux.

5° Les cas d'un certain degré d'amblyopie congénitale avec presbytie (*voir* le § XXIV) peuvent aussi simuler cette presbytie subitement développée, lorsqu'un travail trop assidu sur de petits objets l'a fait augmenter brusquement, et surtout lorsqu'il s'y joint des symptômes de congestion oculaire. Les faits rapportés par M. Ware (*Philosophical Transactions*, 1813, tom. CIII, pag. 49) semblent être

de cette nature, autant que leur narration incomplète permet d'en juger.

6° Dans l'amblyopie commençante, les presbytes voient encore mieux en éloignant les objets et en se servant de verres convexes. Lorsque le foyer primitif de leur vue n'est pas connu, l'amblyopie peut être méconnue également et prise pour une invasion brusque d'une presbytie morbide. Quand la maladie de la rétine revêt une périodicité régulière, ou qu'elle se complique d'une conjonctivite catarrhale avec exaspération vers le soir, elle peut simuler une presbytie intermittente.

7° Plusieurs des états pathologiques indiqués, en se présentant simultanément sur le même individu, peuvent revêtir un aspect particulier et ressembler d'autant plus à une presbytie survenue tout d'un coup, qu'il sera plus difficile d'analyser les symptômes et d'assigner à chaque élément pathogénique la part qu'il prend à la production des phénomènes complexes.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes : La presbytie peut bien augmenter d'une manière plus ou moins rapide, mais il n'est pas probable qu'elle se développe jamais d'une manière soudaine. Une vue courte ne se change jamais brusquement en vue réellement longue, bien que la myopie, convenablement gouvernée, puisse avec les années diminuer très-notablement. Nous reviendrons sur ce dernier point.

§ XIII. — *D'une espèce d'amblyopie particulière produite par la presbytie et le travail trop assidu à l'œil nu.* — De ce que la vue longue est la plus commune chez l'homme civilisé, il ne s'ensuit pas que ce soit cette portée du sens qui lui convienne le mieux. L'exercice de la plupart des professions, les exigences de beaucoup d'états, forcent à concentrer la vue sur des objets petits et placés près des yeux. Or, si l'individu est presbyte, pour peu que l'organe ne soit pas fortement constitué et que le travail soit trop continu, la vision ne tarde pas à s'altérer, et les symptômes qui se présentent alors sont d'autant plus importants à étudier que leur similitude avec ceux d'un commencement d'amaurose donne souvent lieu à des méprises graves de diagnostic et de pronostic, et engagent en outre à recourir à l'emploi de moyens thérapeutiques qui, par leur inefficacité, tendent à confirmer l'erreur du pronostic. C'est surtout lorsque des personnes livrées à des travaux de cette nature n'observent pas les règles données et ne prennent pas des lunettes en temps utile, que leur vue s'affaiblit considérablement et qu'il se

développe chez elles une espèce d'amblyopie particulière. Depuis bien des années, dans des leçons que nous faisons habituellement une fois par semaine sur l'emploi des lunettes, nous avons signalé cette affection sous le nom d'*amblyopie par presbytie* ou *amblyopie presbytique*. Elle a des caractères très-particuliers qui la distinguent nettement de toutes les autres espèces de cette maladie.

En voici les symptômes :

Cette affection survient par suite de l'accommodation forcée et continue, lorsqu'un presbyte s'est livré pendant un temps plus ou moins considérable, tantôt pendant des années, tantôt pendant des mois seulement, à un travail assidu sur des objets petits et tenus très-rapprochés de l'œil. Dans les plus hauts degrés de la presbytie, elle survient de très-bonne heure et même à un âge peu avancé; on la voit parfois sur des individus de dix à quinze ans, lorsqu'à peine ils ont commencé à embrasser un des états qui disposent à la maladie. Celle-ci se développe d'autant plus promptement que la vue est plus longue et que le travail est plus assidu et plus fatigant. Sa marche est en général lente; les symptômes, qui se manifestent principalement vers la fin de la journée, durent peu au début et se renouvellent par intervalles. Ainsi, le soir, le malade éprouve une fatigue des yeux, un trouble de la vision, comme un voile qui lui passe devant les yeux, quelquefois aussi une sensation de gêne qui devient parfois douloureuse. Les objets cessent momentanément d'être perçus avec netteté. La vue se rétablit dans le principe, lorsque le malade éloigne beaucoup les objets; après quelque temps, il est forcé, pour obtenir le même effet, de suspendre momentanément le travail ou de fermer les yeux pour un instant. Ce qui caractérise surtout l'affection, c'est qu'en commençant à travailler, le malade voit parfaitement, et que ce trouble de la vision, désigné vulgairement sous le nom de *berlue*, ne survient qu'au boût d'un certain laps de temps : la durée de cet intervalle pendant lequel la vue s'exerce avec netteté est variable ; cependant elle est toujours d'autant plus courte que l'affection est plus avancée. Au début, le phénomène n'a lieu que le soir à la lumière artificielle, ou dans la journée quand il fait sombre. L'intensité du trouble est fort peu considérable, et il ne survient qu'après un travail fort prolongé, comme, par exemple, fort avant dans l'après-midi. Si l'affection persiste, les accès commencent vers midi et se répètent plus fréquemment; puis ils surviennent après plusieurs heures et même une heure de travail; enfin, ils avancent et se prolongent de plus en plus : ils surviennent dès le matin, après quelques

minutes d'occupation, et le malade finit par être forcé de suspendre le travail à chaque instant et par ne plus pouvoir lire que quelques lignes ou quelques mots à la fois. Il est caractéristique que, même alors, le malade y voit encore nettement quand il commence à travailler; seulement, à la lumière artificielle ou dans les endroits sombres, il éprouve, même en commençant, une certaine difficulté à voir. Il est également caractéristique que des verres convexes plus ou moins forts, selon la portée de la vue et le degré de l'affection, font cesser le trouble et donnent à la vision de la netteté, de la force, et de la durée au travail. Lorsque le malade continue à ne pas se servir de lunettes, le trouble visuel augmente de plus en plus et le force à suspendre entièrement ses occupations, une courte interruption ne suffisant plus pour rétablir la vision. S'il ne cesse le travail, la faiblesse de la vue augmente davantage, devient permanente et finit par se transformer en une amaurose qui, comme l'amblyopie qui l'a précédée, à moins de complications dont nous allons parler tout à l'heure, a le caractère de l'amaurose asthénique et éprouve des modifications particulières par l'usage des lunettes, comme nous le dirons plus tard. Cette espèce d'amblyopie se montre surtout fréquemment chez les tailleurs, les cordonniers, les peintres en miniature, les graveurs, les typographes, les horlogers, les bijoutiers, les commis aux écritures, les hommes de lettres, les couturières, les blanchisseuses de fin, etc. Dans toute la classe si nombreuse de personnes qui travaillent sur de petits objets, elle est tellement répandue qu'il m'est quelquefois arrivé à ma clinique de rencontrer trois cas de cette maladie sur quinze à vingt consultants. Pour expliquer cette fréquence extrême, il suffira de réfléchir à tout ce que nous avons dit jusqu'ici sur les causes de cette affections et de considérer que toutes les professions désignées ci-dessus exigent pendant le travail que les bras soient plus ou moins pliés, tandis que la majeure partie des presbytes ne voient nettement et sans fatigue qu'à peu près à la longueur des bras étendus. On la voit surtout se développer lorsque des individus, habitués par état à exercer de loin leur vue naturellement longue, changent subitement d'occupation et travaillent sur de petits objets rapprochés. C'est ainsi qu'elle atteint souvent des enfants élevés à la campagne et accoutumés aux travaux de l'agriculture et à une vie vagabonde, lorsqu'ils sont envoyés à l'école ou mis en apprentissage. Devenus très-presbytes par leurs habitudes antérieures, ils doivent désormais assidument et presque exclusivement fixer leurs regards sur de petits objets placés très-près des

yeux. Forcés d'exercer continuellement le pouvoir d'ajustement dans un sens directement opposé à celui qui leur est naturel et habituel, ils affaiblissent bientôt ce pouvoir et en même temps la faculté visuelle. Ils contractent ainsi une amblyopie presbytique à laquelle tôt ou tard, si elle est négligée, succède la myopie acquise ou l'amaurose.

L'amblyopie par presbytie devient surtout forte et se développe rapidement et complétement sur les personnes qui à une presbytie très-prononcée joignent un certain degré de faiblesse congénitale de la rétine; affection malheureusement assez fréquente sur laquelle nous reviendrons encore, et qui les rend tout à fait incapables de choisir un état qui exige un travail assidu, particulièrement sur de petits objets.

Chez les myopes, nous n'avons rien observé de semblable à cette espèce d'amblyopie. Toutes les fois qu'un état en apparence analogue s'est présenté chez des personnes dont la vue était plus ou moins basse, un examen attentif de l'état actuel et des antécédents nous a démontré qu'il ne s'agissait point d'une myopie pure et simple, mais d'autres affections que l'on peut confondre avec celle-ci. Telles sont la myopie acquise compliquée d'amblyopie; l'amblyopie presbytique congénitale avec l'apparence de la myopie; l'inégalité congénitale des deux yeux; la myopie augmentée par l'abus des verres concaves; celle qui est la complication ou le symptôme d'une véritable amblyopie commençante, produite par des causes locales ou générales, et enfin la myopie symptomatique d'autres conditions pathologiques, comme, par exemple, un certain degré d'hydrophthalmie. Toutes ces affcetions seront exposées dans des paragraphes particuliers.

En thèse générale, on peut dire que, sur les presbytes, l'amblyopie produite par les seuls excès du travail est plus fréquente, tandis que, chez les myopes, cette maladie est beaucoup plus généralement l'effet de causes constitutionnelles, telles que des congestions cérébro-oculaires, une pléthore abdominale, etc. Cette dernière circonstance peut être coordonnée avec le fait que la myopie se rencontre plus souvent sur des individus qui ont l'iris, les cheveux et le teint foncés, tandis que les yeux bleus et les cheveux clairs sont plus ordinairement l'apanage des presbytes.

§ XIII *bis*. — *Considérations sur l'historique et la nature controversée de l'amblyopie presbytique.* — L'amblyopie presbytique n'est pas tout à fait inconnue aux auteurs qui se sont occupés d'ophthal-

mologie; seulement ils l'ont mal appréciée, par la raison que le point le plus important de son histoire, la presbytie qui la produit constamment, leur a complétement échappé. M. Jüngken l'a mentionnée sous le nom de *hebetudo visus*, nom très-mal choisi, puisqu'il n'est que la traduction latine du mot grec *amblyopie*. C'est aussi comme synonyme de ce dernier mot que les anciens, et Beer avec eux, l'avaient employé. Bien que j'eusse reproché à M. Jüngken, dès 1837 (*Traité de l'Ophthalmie*, pag. 646), les nombreuses et inutiles subdivisions qu'il établit de l'*hebetudo visus*, et qu'il a maintenues dans la troisième édition de son livre (1842), je n'avais point encore fait une étude approfondie de l'amblyopie par presbytie, et j'ignorais moi-même sa cause, la longue portée de la vue. Je croyais alors (*loc. cit.*) que l'*hebetudo visus* « n'est que le premier degré d'amblyopie où le malade voit parfaitement bien, mais où la vue ne supporte pas la moindre fatigue et se trouble dès que le malade applique les yeux pendant quelque temps ou même pendant quelques minutes. » Plus tard, frappé de la fréquente coïncidence de cette affection avec la presbytie, j'ai conclu à leur connexité intime et essentielle. Des expériences réitérées, faites à l'aide des lunettes, m'ont bientôt conduit à un résultat positif. Depuis quelques années, cette maladie a été décrite par M. Pétrequin (*Annales d'Oculistique*, tom. V, pag. 250, et tom. VI, pag. 72) sous le nom de *kopiopie* ou *ophthalmokopie ;* par M. Bonnet (*Traité des Sections tendineuses*, etc., pag. 278 et suiv.) sous celui de *disposition à la fatigue des yeux et au trouble oculaire*, ou de *lassitude oculaire ;* enfin, par M. Mackenzie (*Annales d'Oculistique*, tom. X, pag. 97 et 154) sous la dénomination d'*asthénopie* ou *affaiblissement de la vue*. Le premier et le dernier de ces savants confrères se sont suffisamment occupés de l'historique de la maladie pour me dispenser de le faire. Ce que M. Adams a décrit sous le nom d'*amaurose musculaire* (Fleussu, *Annales d'Oculistique*, tom. IX, pag. 224, et Adams, *new Operation for the Cure of Amaurosis, etc.*, Lond., 1841, ouvrage que je n'ai encore pu me procurer), semble aussi en partie se rapporter à l'amblyopie presbytique. La nature de ces leçons cliniques ne comporte pas une comparaison plus détaillée de tous ces travaux avec le nôtre. Qu'il suffise, quant à présent, pour expliquer et concilier autant que possible les divergences en apparence très-grandes entre la description que ces messieurs ont donnée de cette affection et celle que nous en avons tracée, d'examiner attentivement les propositions suivantes. Les preuves à l'appui se trouvent à chaque

page des publications citées et dans toute la suite des chapitres que nous avons consacrés à la presbytie.

1° Aucun des confrères qui se sont occupés de ce sujet n'a donné une attention particulière à l'étude de la portée de la vue et à l'emploi des lunettes appliquées à la corriger. Tant qu'on abandonne au bon plaisir des opticiens l'indication des lunettes nécessaires dans les différentes conditions physiologiques ou pathologiques de l'organe de la vision, et qu'on ne se familiarise pas par une fréquente pratique avec la manière de les choisir (*voir* le § XV), on méconnaît les causes et la nature d'une foule d'affections oculaires, et surtout de l'amblyopie presbytique. Cela m'est arrivé, comme je viens de le dire, jusqu'au moment où j'ai appris à manier moi-même les verres à foyer comme moyen de diagnostic et de thérapeutique. Cela est évidemment arrivé aux honorables confrères que je viens de nommer. Pour toute preuve de cette assertion, il suffira de rappeler que M. Mackenzie (*Diseases of the Eye*, édit. II, pag. 855, not. 5) conserve encore, comme terme moyen approximatif, une échelle de verres convexes, qui porte le n° 36 comme recommandable aux presbytes âgés de quarante ans environ, et le n° 24 comme convenable vers l'époque de cinquante ans, tandis que nos recherches nombreuses nous ont amené, en règle générale, à ne nous servir, dans la même série d'années, que des n°s 80 à 48. M. Bonnet, de même (pag. 226), dans la myopie, continue à admettre, d'après M. Ch. Chevallier, comme troisième série de verres concaves, « encore employée fréquemment dans cette affection, » les n°s 9 à 4, qui pourtant, selon ce que nous exposerons plus tard, doivent être regardés comme une série le plus souvent nuisible, et être proscrits, sauf quelques exceptions peu nombreuses. C'est ainsi que M. Mackenzie (*Annales d'Oculistique*, tom. X, pag. 103) prétend que « les presbytes ne parviennent jamais à distinguer nettement les objets rapprochés, si ce n'est avec le secours des verres convexes, » assertion qui n'est exacte que pour les degrés extrêmes de la presbytie. Par suite de ce manque de recherches propres sur ce point d'optique pratique, tous ces auteurs ont méconnu la cause, selon nous, essentielle et exclusive de la maladie, la presbytie.

2° Si dans la description faite par les mêmes auteurs on trouve beaucoup de caractères qu'on cherchera en vain dans celle que nous avons donnée, cela tient avant tout à ce qu'ils ont attribué à la maladie des symptômes qui n'y sont pas liés essentiellement et qui, au contraire, appartiennent à des complications accidentelles que

nous avons soigneusement séparées pour les reléguer dans un chapitre particulier (§ XIX).

3 Cela tient encore à ce qu'ils ont confondu sous le même chef et sous un seul nom plusieurs affections de nature différente, mais difficiles à distinguer tant qu'on ne prend la peine de déterminer le foyer visuel du malade par un examen attentif et par des épreuves réitérées et patientes, faites surtout à l'aide des lunettes. Ces affections sont l'amblyopie presbytique et ses diverses variétés, l'amblyopie congénitale avec presbytie, la myopie acquise avec amblyopie, l'inégalité congénitale des deux yeux, et enfin toutes celles déjà énumérées à la fin du paragraphe précédent; affections auxquelles nous allons consacrer autant de chapitres, et dont nous considérerons chacune à son plus grand état de simplicité, afin d'éviter de leur attribuer des phénomènes qui leur sont primitivement étrangers.

4° Une circonstance qui doit paraître singulièrement étonnante, c'est que MM. Bonnet et Pétrequin disent n'avoir rencontré la kopiopie que sur des myopes, et que M. Mackenzie accorde aux deux portées de la vue une fréquence à peu près égale dans les cas de cette affection (pag. 105), tandis que je ne l'ai observée que sur des presbytes. J'ai désiré me rendre compte de ces allégations directement contraires au résultat positif de mes recherches minutieuses et très-nombreuses, que j'ai vérifiées, dans tous les cas un peu douteux, en faisant pour le même individu l'épreuve et la contre-épreuve avec des lunettes de courbures opposées. A cet effet, j'ai examiné attentivement tous les passages des écrits cités qui ont trait à la myopie ou à la presbytie, mais j'ai trouvé incomplètes et vagues les indications fournies par les auteurs sur la portée de la vue et les phénomènes concomitants. Toutefois j'ai pu constater que les observations consignées comme faites sur des myopes se rapportent en réalité soit à des myopies acquises, c'est-à-dire à des presbyties converties en myopie (§ XXV), soit à des amblyopies congénitales avec presbytie simulant la myopie (§ XXIV), soit enfin à des myopies augmentées par l'abus de lunettes concaves trop fortes ou employées prématurément. C'est dans ce dernier cas seulement que j'ai vu la lassitude oculaire, l'amblyopie et même l'amaurose se joindre à la myopie. Il est un fait admis par tous les observateurs : c'est que les myopes voient très-nettement les petits objets rapprochés. L'un des principaux caractères de leur vue et, pour ainsi dire, l'unique privilége que la nature semble leur avoir accordé en compensation des nombreuses privations que leur impose la portée limitée de leur vision, c'est la

facilité avec laquelle leurs yeux supportent le travail prolongé et à une courte distance. Tous les auteurs cités disent unanimement que les accès de lassitude oculaire ne surviennent que pendant l'acte de fixer des objets peu volumineux et peu éloignés. En parcourant les observations rapportées par M. Bonnet (pag. 242-248), qui, bien que défectueuses par le manque de plusieurs données importantes, sont les plus complètes de celles consignées dans les mémoires cités, je trouve sur six cas un fait d'amblyopie presbytique positive, deux de myopie acquise ou considérablement augmentée par le travail sur des objets trop rapprochés, deux cas de myopie acquise, compliqués l'un d'amblyopie, l'autre d'inégalité du foyer visuel des deux yeux; un cas, enfin, de myopie notablement accrue par l'abus de lunettes concaves. On voit qu'il s'agit ici d'éléments peu nombreux et hétérogènes à l'excès, et sur lesquels, quand il est question de la solution de problèmes physiologiques et pathologiques de la plus haute importance, il est impossible d'asseoir solidement un jugement.

En étudiant attentivement et en comparant entre eux et avec le résultat de leurs propres observations les travaux des médecins distingués que nous venons de citer et les chapitres de ces leçons consacrés aux différents états pathologiques qui dépendent de la presbytie, nos lecteurs, ainsi que ces confrères eux-mêmes, pourront se convaincre que notre opinion et notre critique sont fondées sur une longue et consciencieuse observation des faits, exempte de toute prévention. Souvent des médecins déjà riches en expérience ont été étonnés lorsque, soit à notre clinique, soit dans leur pratique particulière, nous avons pu leur démontrer par un facile argument *ad hominem* la vérité de ce que nous venons d'avancer : une foule de symptômes inquiétants pour le malade disparaissent complétement et promptement, tantôt par la seule observation des règles hygiéniques, tantôt, et presque instantanément, par l'usage des lunettes, comme nous le verrons au paragraphe suivant.

§ XIV. — *Traitement de l'amblyopie par presbytie.* — Quand cette affection n'est pas compliquée, son traitement est extrêmement simple. Il faut, lorsque cela se peut, interdire le travail ou au moins en réduire la durée, puis ordonner au malade d'exercer le plus possible sa vue sur des objets distants, afin de rétablir le foyer normal qui est toujours plus ou moins altéré. Les yeux seront reposés fréquemment, d'autant plus longtemps que l'affection est plus ancienne : ce n'est que dans les degrés plus avancés de la maladie que le

repos absolu de l'organe de la vision est indispensable. L'affection est-elle récente et peu prononcée, il suffit de suivre les autres préceptes d'hygiène oculaire donnés pour les presbytes. Lorsque le malade continue son travail, il l'interrompra aussi fréquemment que possible, toutes les deux à dix minutes, selon le degré de l'affection. Il éloignera le plus possible les objets sur lesquels il travaillera, et se servira de temps à autre, ou toujours, si l'affection est plus avancée, de verres convexes, choisis d'après les règles générales. Les intervalles entre le travail seront employés en partie à fixer les objets distants, en partie à bassiner les yeux avec de l'eau fraîche à laquelle on peut ajouter, au bout de quelque temps, une ou deux cuillerées à bouche d'eau-de-vie par verre. Une éponge large, fine et plate, est préférable pour ces fomentations aux compresses de toile. Le malade tâchera d'avoir, pendant le travail, une lumière suffisante, mais qui ne frappe pas directement les yeux. Les degrés peu considérables de l'affection céderont promptement à ces moyens. Quand elle est ancienne et plus avancée, ils ne suffiront plus, et il faudra, outre la suspension plus ou moins prolongée du travail, y ajouter les excitants locaux qui conviennent à l'amblyopie asthénique. Ces moyens seront employés dans une gradation rationnelle. On commencera par les plus doux, tels que les liniments suivants, employés successivement :

♃	Alcool de romarin.	30 grammes	(℥j).
	Baume de Fioraventi.	15 »	(℥ß).
	Huile essentielle de lavande. . . .	1 à 2 »	(℈ß—ʒß).
	M.		
♃	Alcool camphré.	30 grammes	(℥j).
	Baume de Fioraventi.	15 »	(℥ß).
	M.		

Plus tard, on peut, selon les circonstances, employer le premier de ces liniments en y faisant dissoudre de 15 à 25 centigrammes (3 à 5 grains) de strychnine, ou le second additionné de 50 centigrammes à 2 grammes (℈ß à ʒß) d'ammoniaque caustique. Plus tard, s'il est besoin, on y fera succéder l'emploi des vésicatoires volants promenés sur le front et les tempes. Rarement cette affection résistera à ces moyens, sous condition que, dès qu'une amélioration considérable se fait sentir, on exerce la vision à des occupations d'abord peu fatigantes, en éloignant beaucoup les objets et en se servant plus ou moins, d'après les différents degrés de l'affection, de lunettes convexes convenablement choisies (*voir* § XI et surtout le sixième ali-

néa), et dont la force sera augmentée si la fatigue revient trop tôt. Dans les cas rares où l'on n'obtient pas la guérison complète, il faut que le malade change de profession (§ VIII). S'il existe déjà un commencement de myopie acquise, l'emploi des lunettes doit être ajourné le plus longtemps possible. Même lorsque la maladie est déjà arrivée au degré d'une véritable amaurose, ce traitement en triomphe encore dans la plupart des cas, sauf quelques modifications quant aux moyens thérapeutiques et à la force des verres. On emploiera plus énergiquement ces premiers, selon les indications qui se présenteront. Dès que, aidés par le repos des yeux et l'exercice de la vue au loin suffisamment prolongés, ils auront amené une amélioration appréciable, on engagera les malades à se servir plusieurs fois par jour, et seulement quelques minutes à la fois, de lunettes plus ou moins fortes, qui leur rendent possible la lecture ou un travail analogue sans fatigue et sans qu'ils aient besoin de trop rapprocher les objets; car un trop grand rapprochement fait fonctionner les lunettes comme des loupes, c'est-à-dire comme des verres grossissants. A mesure que la vue s'améliore, on aura soin de faire diminuer le pouvoir réfringent des lunettes.

Ce dernier précepte nous conduit à quelques considérations sur les effets des lunettes dans les amauroses en général, considérations dans lesquelles nous allons entrer, après avoir examiné quelle peut être, dans l'état actuel de la science, l'application de la myotomie oculaire à l'amblyopie presbytique.

§ XIV *bis*. — *De l'application de la myotomie oculaire à l'amblyopie presbytique* ou *à la kopiopie.* — Depuis que la myotomie oculaire a attiré à un si haut degré l'intérêt des chirurgiens, cette opération a aussi été appliquée à la guérison de plusieurs affections de la vision, parmi lesquelles l'amblyopie presbytique ou kopiopie n'a pas occupé le dernier rang. Cette opération ne pouvait être proposée qu'à défaut d'un traitement rationnel et non chirurgical, traitement qui devait échapper à ceux qui ignoraient la cause et la nature véritables de cette maladie et l'action qu'exerce sur elle l'usage méthodique des lunettes. Aucun des auteurs qui se sont occupés de la kopiopie ou de l'asthénopie n'a, de son propre aveu, pu obtenir sans opération de guérison radicale et complète. M. Mackenzie déclare que le traitement est incertain et varié, et que le pronostic est, en général, défavorable. Pour notre part, nous avons, au contraire, à former le vœu que la guérison de toutes les amblyopies soit aussi facile et aussi certaine que celle de

la très-grande majorité des amblyopies presbytiques. Outre ce qui a déjà été dit sur ce point, la différence des opinions s'explique principalement par le fait de la séparation que nous avons établie entre l'amblyopie presbytique et tous les cas d'affections qui n'y appartiennent pas réellement, surtout ceux d'amblyopie presbytique congénitale, comme essentiellement différente sous tous les rapports, et particulièrement sous celui de sa gravité bien plus grande. C'est aussi à cette amblyopie congénitale, dans ses degrés les plus avancés et aux cas extrêmes non autrement guérissables de l'amblyopie presbytique, que la myotomie oculaire doit, à notre avis, être réservée. Encore, avant d'y avoir recours dans ces derniers cas, faut-il être bien convaincu qu'il n'y a plus rien à espérer d'aucune autre méthode thérapeutique. Cette réserve me semble commandée par l'analyse des faits recueillis jusqu'ici, dont le résultat est que la myotomie oculaire augmente en général la portée de la vue. Par conséquent, elle ne paraît applicable qu'à la myopie et aux affections qui lui ressemblent plus ou moins, telles que la myopie acquise et l'amblyopie presbytique simulant la myopie. Dans toutes les observations rapportées, je n'en trouve qu'une seule (Bonnet, pag. 296), dont le sujet, bien que positivement atteint d'amblyopie presbytique, ait été complétement guéri par la section du petit oblique. Il me reste donc quelque crainte que, dans l'amblyopie presbytique pure et simple, sans myopie acquise ni amblyopie congénitale, la myotomie, en augmentant la portée visuelle, ne puisse quelquefois amener le résultat contraire à celui désiré et accroître la lassitude oculaire. La solution de cette question et de plusieurs autres, relatives au pouvoir d'accommodation et à ses altérations morbides, est réservée à l'avenir et à des études ultérieures.

Jusqu'ici nous n'avons eu aucune occasion d'appliquer à l'amblyopie presbytique l'opération dont il s'agit, ayant généralement trouvé préférable, dans ces circonstances, de faire échanger au malade sa profession contre une de celles que l'affection n'empêche pas d'exercer; car il reste toujours douteux, dans l'état actuel de la science, si là où le traitement que nous employons d'ordinaire ne triomphe pas, la myotomie aurait un résultat plus avantageux. Nous nous croyons en droit d'en douter, ayant observé l'insuccès de plusieurs opérations semblables pratiquées par des chirurgiens parmi lesquels se trouve l'un des créateurs mêmes de cette méthode. Loin, d'ailleurs, de vouloir déprécier cette opération que nous regardons, au contraire, comme une véritable et heureuse acquisition de la chirurgie mo-

derne, nous visons seulement à lui poser ses limites et ses indications, et à en prévenir les abus que la nouveauté et le vague dans les descriptions entraînent facilement. Nous sommes même bien décidé à l'essayer la première fois que nous aurons échoué dans le traitement non chirurgical d'un cas de cette espèce.

Il est évident que la section d'un ou de plusieurs des muscles oculaires doit agir en changeant le mode d'accommodation de la vision aux différentes distances. Les chirurgiens qui ont appliqué la myotomie au traitement de l'amblyopie ont trop exclusivement supposé que l'action musculaire est le seul agent de l'ajustement. Il est plus que probable (*voir* le § II) que le mécanisme de cette fonction est très-complexe et que la contraction des muscles oculaires n'en est qu'un des éléments. En admettant même qu'elle en soit le seul agent, il resterait toujours à déterminer quelle est la part d'action que chaque muscle exerce dans l'accomplissement de ce phénomène, quels sont les muscles dont l'action isolée ou simultanée agrandit ou diminue la portée visuelle, et quelles seraient, par conséquent, les cordes motrices qu'il conviendrait d'inciser seules, ou plusieurs à la fois, pour alonger ou raccourcir le foyer de la vision. La solution exacte de ces questions et de toutes celles qui touchent à la théorie du pouvoir d'accommodation exige beaucoup de calculs mathématiques dont les résultats jusqu'ici ont été contradictoires, beaucoup d'expériences sur les animaux vivants, extrêmement difficiles à pratiquer avec fruit et toujours sujettes au doute, et surtout beaucoup d'observations sur l'homme, faites avec une exactitude minutieuse, que je regrette de ne point trouver dans celles recueillies jusqu'ici; car elles ne permettent pas de décider si les individus opérés ont été presbytes, ou amblyopiques de naissance, ou myopes, ou affectés de myopie acquise, ou enfin atteints en même temps d'une complication de véritable amblyopie produite par d'autres causes locales ou générales. Ce n'est que de cette manière que l'on pourrait arriver à déterminer quels sont les muscles qu'il convient de couper dans ces différentes affections et pour chaque portée particulière de la vue. On a jusqu'ici tantôt coupé l'un ou plusieurs des muscles droits, tantôt l'un ou les deux obliques, et à peu près avec le même résultat; ce qui était naturel, puisque les états pathologiques que l'opération devait modifier n'avaient été qu'insuffisamment caractérisés. Toutefois la section de l'oblique inférieur, jusqu'à ce jour, est celle qui à un résultat généralement satisfaisant paraîtrait réunir et une moindre difficulté d'exécution et une plus grande innocuité. Pour tous les modes d'opération,

il reste à savoir si, dans un grand nombre de cas, le malade ne peut tôt ou tard être privé du bénéfice de l'opération, soit par la production d'une substance tendineuse intermédiaire, qui souvent se contracte ou se raccourcit avec le progrès du temps, soit par l'insertion de l'extrémité coupée du muscle à un point du globe trop voisin de son insertion primitive. C'est ce qu'il me paraît permis de conclure des cas de récidive que j'ai observés sur des malades kopiopiques opérés, et du résultat des opérations de strabisme que j'ai pratiquées moi-même. Dans ces dernières, l'augmentation de la portée de la vision a été rare et peu considérable : tantôt elle est restée stationnaire; tantôt elle a même diminué peu à peu, malgré la guérison complète et radicale du strabisme. Quelques autres circonstances ont encore concouru à m'empêcher jusqu'ici d'appliquer la myotomie au traitement de la kopiopie. En examinant tous les cas sur lesquels les premiers auteurs de cette méthode ont donné quelques détails, j'ai trouvé qu'ils ont eu pour sujets des individus de l'âge de sept à trente-quatre ans, âge peu avancé, pendant la durée duquel on peut presque toujours espérer d'obtenir la guérison par l'emploi patient du traitement que j'ai exposé. Une seconde circonstance, c'est que, dans la majorité des opérations, il y a eu en même temps strabisme, complication dans laquelle la myotomie est toujours indiquée, lorsqu'on a échoué par le traitement que nous signalerons dans le chapitre consacré à l'inégalité de la portée des deux yeux.

(La suite au prochain numéro.)

DE L'OPHTHALMITE PHLEGMONEUSE ET PHLÉBITIQUE ;

Par le docteur W. Mackenzie, professeur d'ophthalmologie à Glasgow, etc.

Traduit de l'anglais, sur le manuscrit de l'auteur, par le docteur Bastings, de Bruxelles (*).

Nous substituons le terme *ophthalmite* à celui d'*ophthalmie*, pour

(*) Notre estimable collaborateur, M. le docteur Mackenzie, ayant bien voulu nous faire parvenir les notes d'une leçon qu'il vient de professer sur l'ophthalmite phlegmoneuse et phlébitique, nous les avons remises à M. le docteur Bastings, qui a eu l'obligeance de nous communiquer la traduction qu'on va lire. — Nous venons de prendre quelques arrangements qui nous permettront de faire connaître à nos lecteurs le résultat de la pratique des principaux oculistes de l'Angleterre et des Etats-Unis, qui veulent bien s'associer à l'œuvre que nous poursuivons depuis la création de notre journal. *(La rédaction des Annales d'Oculistique.)*

désigner l'inflammation de toutes les parties, ou du moins des parties les plus essentielles du globe oculaire, produite par une cause unique. Je vous ai déjà entretenus de l'inflammation qui, n'attaquant d'abord qu'un seul tissu de l'œil, se propage assez souvent aux tissus voisins et les envahit tous successivement, de manière à priver cet organe de ses fonctions; mais ce n'est pas un cas de cette espèce que je vais décrire maintenant.

La maladie que j'ai en vue s'empare beaucoup plus promptement du globe oculaire entier, ainsi que des parties environnantes, et particulièrement de la capsule oculaire qui enveloppe le globe, comme je vous l'ai fait voir, et livre passage aux six muscles qui s'insèrent à la sclérotique. Cette ophthalmite dépend de plusieurs causes différentes, et nous devons distinguer plusieurs espèces de cette maladie; mais les plus saillantes consistent dans des lésions de l'œil et dans la présence de matière putride dans le sang. Dans le premier cas, la maladie prend le nom d'*ophthalmite phlegmoneuse* ou *traumatique;* dans le second, celui d'*ophthalmite phlébitique*. J'ai vu des cas dans lesquels la cause était tout à fait obscure : nous les envisagerons comme *idiopathiques*.

Cette maladie a été désignée par d'autres noms. C'est l'*ophthalmia interna propria* de Beer, le *phlegmon oculaire* de M. Rognetta. Elle ressemble à une *paronychia* par l'intensité de l'inflammation et de la douleur; d'où le nom impropre de *panaris de l'œil*, qu'on lui a donné, en faisant dériver le mot *panaris* de *paronychia*.

Périodes de l'ophthalmite. — On a voulu diviser les symptômes en trois périodes, mais je ne suis pas sûr que cette division soit exacte. On pense que la *première période* consiste dans une inflammation simple, caractérisée principalement par de la pyropsie, et augmentant depuis le commencement de la maladie jusqu'à ce que la rétine soit devenue insensible. La *deuxième* consiste dans la proéminence du globe et dans la suppuration de cet organe et des parties environnantes; et la *troisième* dans la rupture spontanée de la capsule oculaire, ou du globe oculaire, ou bien de l'une et de l'autre. Mais il arrive souvent, surtout dans l'ophthalmite phlébitique, que la mort enlève le malade avant que ces désordres aient lieu.

Symptômes. — Si la *première période* comprend ce que nous observons avant que le globe oculaire fasse saillie hors de l'orbite, nous trouvons les symptômes suivants : légère rougeur externe; la conjonctive est plutôt œdémateuse qu'enflammée, elle offre ce que quelques oculistes ont appelé *chémosis blanc*. L'humeur aqueuse

offre un aspect boueux, elle est même parfois teinte de sang. Le fond de l'œil paraît rougeâtre. L'inflammation produit un changement dans la couleur de l'iris; la pupille est un peu contractée, et on pourrait prendre la maladie pour une iritis. La capsule du cristallin devient quelquefois opaque, ou bien elle conserve sa transparence. Il y a, en général, dans le fond de l'œil et dans l'orbite une douleur atroce, pulsative, absolument comme dans un panaris intense; la douleur s'étend au front et aux tempes, et elle est accompagnée de la sensation d'une chaleur brûlante, d'une tension et d'une plénitude comme si l'œil ne pouvait pas être contenu dans l'orbite. La lumière ne peut être supportée; il y a apparition de lueurs et de spectres enflammés devant les yeux. Ces symptômes diminuent peu à peu; la rétine devient insensible à cause des changements de structure qu'elle a subis, ou à cause de la pression de la matière purulente épanchée sur ses deux surfaces. La pression sur la rétine produit pendant quelque temps de la photopsie ou de la pyropsie; mais si elle augmente, cette membrane devient complétement insensible.

La perte totale de la sensibilité de la rétine peut être regardée comme un signe de la suppuration interne; mais le symptôme le plus concluant de la *seconde* période, c'est la saillie de l'œil. Vous diriez que l'organe est fort gonflé; mais c'est une erreur. Vous croiriez, si vous n'êtes pas au courant du fait, que l'œil est considérablement tuméfié, qu'il est presque aussi gros que le poing; mais, je le répète, c'est une erreur, car, après la mort, vous trouverez cet œil, qui vous a paru si gros, à peu près, si ce n'est tout à fait, du volume normal. Il est poussé en avant par un épanchement dans la cavité de la capsule oculaire; et comme dans cet état d'exophthalmie il est couvert par une conjonctive chémosée, la paupière supérieure étant fortement étendue sur lui et l'inférieure étant renversée, il offre tout à fait un aspect tel qu'il semble considérablement distendu. Il est en outre très-dur au toucher, comme s'il renfermait une bien plus grande quantité de liquide que dans l'état normal. Ceci est vrai en partie; mais l'épanchement interne n'est ni l'unique ni la principale cause de la dureté et de la tension excessives du globe oculaire. L'épanchement dans la capsule oculaire est la cause principale de ce symptôme, de même que de la saillie de l'œil. Ce symptôme (la saillie) se montre quelquefois de bonne heure dans la maladie; d'autres fois c'est plus tard, et parfois lorsque les parties internes de l'œil et la vision sont détruites. Il est juste que vous sachiez qu'il y a des différences dans la marche de la maladie et dans l'ordre dans

lequel les symptômes se succèdent. Il y a dans cette seconde période une fixité involontaire de l'œil, dépendant de ce que l'état de douleur ou de tension rend toute contraction musculaire difficile ou peut-être impossible. Vous ne pouvez même pas le pousser d'un côté à l'autre de l'orbite, tellement il est fixe. La conjonctive continue de gonfler, et ce qui est remarquable, et ce que je n'ai observé que dans des cas d'ophthalmite phlegmoneuse ou phlébitique, c'est que la conjonctive, et principalement celle qui tapisse la paupière inférieure, est couverte d'une couche de lymphe coagulée que vous pouvez détacher comme une membrane et qui se reproduit petit à petit. Ceci s'observe dans les cas de nature traumatique et dans ceux de nature phlébitique, et sert à démontrer l'analogie qui existe entre ces deux variétés de la maladie. Si la lentille et sa capsule ont conservé leur transparence (car je vous ai déjà dit que la capsule lenticulaire devient quelquefois opaque dans la première période de la maladie), vous pouvez voir quelquefois l'humeur aqueuse d'une couleur vert de pré, résultant de l'infiltration du pus dans l'hyaloïde. On voit ensuite l'iris s'approcher de la cornée, et il se forme beaucoup de matière dans les deux chambres.

L'œil entier ainsi que la capsule oculaire une fois remplis d'une matière purulente, si le patient ne succombe pas et que l'art n'arrête pas la maladie, celle-ci passe à la *troisième période*. La formation de la matière continue son processus absolument comme dans le panaris, et après des souffrances atroces, elle gagne la superficie et s'échappe au dehors. La rupture de l'œil ou de la capsule est un moyen de sauver la vie du patient : celui-ci court beaucoup de dangers si la maladie est abandonnée à elle-même et si l'évacuation spontanée de la matière n'a pas lieu.

Maintenant il arrive quelquefois que la cornée s'infiltre de pus, se couvre d'une escarre et se rompt. Je dois dire que c'est l'unique maladie de l'œil dans laquelle j'ai vu distinctement une escarre semblable à du cuir, séparée de l'œil (de la cornée) comme un morceau de cuir blanc qui a séjourné dans l'eau. Vous entendez en effet parler souvent d'escarres de la cornée ; mais c'est plutôt la destruction par ramollissement et par ulcération, qu'une véritable séparation d'une portion gangrenée, comme on le voit quelquefois dans l'ophthalmite. La séparation de la cornée est suivie de l'évacuation des humeurs de l'œil, et le globe oculaire s'atrophie. Dans d'autres cas, c'est la sclérotique qui cède ; et cela principalement dans la cavité de la capsule, laquelle, s'ouvrant à son tour à travers la conjonctive,

permet à une grande quantité de matière de s'échapper. Dans d'autres cas, c'est la capsule seule qui cède, et l'œil reste intact; mais ce cas ressemble tellement à la rupture de la sclérotique, qu'il est facile de les confondre ensemble. Vous voyez à travers la conjonctive une ouverture sécrétant du pus, vous y plongez une sonde, laquelle semble passer parfaitement dans la cavité du globe oculaire, quoiqu'elle ne pénètre que dans celle de la capsule oculaire. Si l'œil conserve quelque chose de son aspect naturel par son volume et sa forme, et surtout quelque sensibilité à la lumière, cela dépend de ce que sa coque ne s'est pas rompue et de ce que la capsule seule est ouverte.

Les symptômes généraux constitutionnels qui accompagnent l'ophthalmite varient d'intensité; mais en général ils sont fort intenses. Le malade éprouve des frissons, de l'anxiété, de l'insomnie, du délire et quelquefois des convulsions, principalement quand l'affection est sur le point de se terminer d'une manière fatale. Au commencement, le pouls est plein et rénitent; vers la fin de la maladie, il est petit, faible et fort rapide.

Terminaisons. — La maladie se termine de différentes manières. Une guérison complète est très-rare. Elle se termine souvent par amaurose. L'œil conserve sa forme naturelle avec contraction de la pupille, opacité de la capsule lenticulaire et insensibilité de la rétine. Dans ces cas, le traitement a été en partie efficace. La maladie peut se terminer par la suppuration et la rupture de l'œil ou de la capsule, et des deux à la fois. Dans ce cas, l'œil s'affaisse. La terminaison par la mort n'est pas rare; elle aurait même lieu plus fréquemment si l'œil ne crevait pas, où qu'on ne l'ouvrît pas artificiellement. Le soulagement qui résulte de cette ouverture calme l'inflammation, absolument comme cela a lieu dans le panaris qui s'ouvre ou que l'on incise profondément. Si l'œil n'est pas ouvert, le malade tombe dans le coma et expire souvent en peu de temps. En disséquant l'œil, vous trouverez du pus dans la capsule oculaire, sur les deux surfaces de la rétine et dans l'hyaloïde.

Les *causes* de l'ophthalmite sont d'abord des lésions traumatiques, telles que les opérations de cataracte, non-seulement celles par extraction, mais même celles par division à travers la cornée ou la sclérotique; l'excision du staphylôme, des lésions produites par des éclat de pierre, et d'autres semblables. Des lésions fort légères, une simple piqûre, peuvent être causes de l'ophthalmite phlegmoneuse dans quelques constitutions particulières. La résorption du pus provenant de l'inflammation d'une veine est sans aucun doute

une deuxième cause. Le pus sécrété par la membrane sanguifère passe dans la masse du sang et se trouve arrêté dans quelques-uns des vaisseaux ténus de l'œil, peut-être dans les veines de la choroïde; il y produit une inflammation et une nouvelle sécrétion de matière, telle que nous l'avons trouvée épanchée après la mort dans les cas que je vous ai cités. Ce n'est pas un dépôt plus grand du pus provenant de la veine primitivement enflammée et transporté dans la circulation, comme on l'a supposé autrefois; c'est une suppuration complétement nouvelle, produite par des vaisseaux enflammés par les globules du pus qui s'y sont arrêtés. C'est de la même manière que le pus qui se forme dans les veines dans une inflammation diffuse du tissu cellulaire peut produire l'ophthalmite. Il y a quelque temps, un médecin me pria de visiter une dame qui avait été saisie, quelques jours après ses couches, de céphalalgie, et de frissons accompagnés d'un pouls rapide, d'une douleur vive dans un œil, avec perte de la fonction de cet organe et gonflement de la conjonctive. Elle fut prise de coma peu de temps après ma visite et succomba le onzième jour après son accouchement. Je diagnostiquai une ophthalmite phlébitique, provenant probablement de l'inflammation des sinus de l'utérus. A l'autopsie, nous avons fait plusieurs incisions dans les parois de cet organe sans trouver la moindre trace de maladie. Mais en examinant l'endroit sur lequel le placenta avait été inséré, nous le trouvâmes couvert d'une matière purulente, et plusieurs veines de cette région étaient remplies de pus.

C'est une circonstance remarquable que les symptômes de l'ophthalmite phlébitique et ceux de l'ophthalmite traumatique offrent une grande ressemblance entre eux : le même chémosis pâle de la conjonctive; la même couche de lymphe sur la surface interne de la paupière inférieure; la même proéminence excessive du globe hors de l'orbite; la même transformation en escarre de la cornée. Il nous serait en effet impossible de savoir si l'ophthalmite qui se présente est traumatique ou phlébitique, si nous ne connaissions pas l'historique de sa cause. Cela provient-il de ce que la condition pathologique est la même dans les deux cas, savoir : l'inflammation des veines de l'œil, produite d'une manière directe dans l'un et par la circulation du pus dans l'autre? Il y a quelque raison de croire que l'ophthalmite se montre comme une suite des fièvres, tant éruptives que autres, telles que la rougeole, la petite vérole, la scarlatine et le typhus. Maintenant, est-ce que dansces cas la cause consiste dans la circulation du pus qui se trouve peut-être entraîné

dans les veines des viscères abdominaux ? Ce sont des questions auxquelles nous ne pouvons pas répondre jusqu'à présent.

Le *traitement* de l'ophthalmite, soit traumatique, soit phlébitique, exige en première ligne la saignée, les ventouses et les sangsues.

On a recommandé le tartre émétique à haute dose : une solution de six grains dans six onces d'eau, à prendre par cuillerée toutes les demi-heures. Mais je n'ai pas essayé ce moyen, comme étant contraire à l'administration du mercure, que je considère comme beaucoup plus efficace. Dans le seul cas d'ophthalmite que j'ai vu être suivi de guérison complète, la bouche était devenue promptement douloureuse sous l'influence de l'administration du calomel et de l'opium. Le pronostic de ce cas était fort mauvais, au point que j'avais cru de mon devoir d'annoncer la position dangereuse du malade à ses amis ; mais aussitôt que le mercure eut agi sur la bouche, la maladie commença à diminuer ; le globe oculaire rentra dans l'orbite, est une guérison complète fut obtenue.

La révulsion aux pieds produite par des bains à la moutarde, des sinapismes ; des vésicatoires à la nuque ou derrière les oreilles, peuvent être utiles.

Les compresses d'eau froide fréquemment renouvelées constituent le meilleur moyen local au début de la maladie ; plus tard, un cataplasme chaud.

Les frictions avec l'extrait de belladone peuvent être faites sur les paupières et les sourcils.

Si le malade est très-faible par suite de la douleur, de la fièvre et de l'influence débilitante du traitement, on doit donner une nourriture légère, et vous pouvez administrer le quinquina. Mais au début de la maladie, vous devrez, en général, ordonner la diète absolue et donner de l'eau pour boisson.

Le dernier point du traitement consiste dans l'évacuation du fluide séreux et du pus amassés dans la capsule oculaire ou déposés dans l'œil. J'ai opéré la ponction du globe oculaire dans plusieurs cas, et je crois avoir sauvé la vie à plusieurs malades par cette opération. Quelquefois j'ai fait la ponction de la cornée, d'autres fois celle de la sclérotique ; non-seulement il y avait du pus, mais même simplement du sang ou une humeur fluide : l'évacuation produisit un grand soulagement par suite de l'affaissement de l'œil comprimé et distendu.

C'est au mois de février 1842 que j'ai pratiqué pour la première fois l'ouverture de la capsule oculaire, à l'infirmerie ophthalmique.

L'œil affecté d'ophthalmite traumatique était extrêmement dur et fortement poussé en avant; mais je sentis une fluctuation sourde autour de cet organe, provenant sans doute de la présence d'un liquide accumulé dans la cavité de la capsule oculaire : c'est ce liquide que je cherchai à évacuer. Je procédai à peu près comme pour l'opération du strabisme : je divisai la conjonctive verticalement à l'angle interne de l'œil vers la paupière inférieure; ensuite je dirigeai la lancette en arrière, le long du globe oculaire, entre celui-ci et la paroi inférieure et interne de l'orbite, afin d'éviter les muscles droits interne et inférieur. Il y eut immédiatement un écoulement d'un fluide séreux mêlé de pus; le globe oculaire s'affaissa en même temps, et la cornée devint de suite flasque; preuve que la cause préalable de la dureté excessive et de la saillie de l'œil avait existé derrière l'œil et non pas dans l'organe même. Je conseillerais donc de tenir la même conduite, et cela de bonne heure, dans des cas semblables; il ne faut pas attendre que l'œil soit désorganisé et que le malade tombe dans le coma. L'opération est simple, et elle offre le plus de probabilités pour sauver la vue et la vie du malade. Il est présumable que l'ouverture de la capsule oculaire, telle que je l'ai décrite, est susceptible d'être utile dans d'autres cas de saillie de l'œil, dans des cas d'exophthalmie tout à fait indépendante d'inflammation et dans lesquels il n'y a aucune raison de soupçonner l'existence d'un développement de la glande lacrymale ou d'une tumeur solide ou enkystée dans l'orbite, mais plutôt une hydropisie de la capsule. Mais la discussion de ce sujet nous écarterait de celui dont nous nous occupons actuellement; nous en traiterons dans une prochaine communication.

DE L'EMPLOI DU CERFEUIL DANS LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES;

Par Charles Deval, D. M. P.

Je veux appeler quelques instants l'attention des lecteurs de ces *Annales* sur un moyen très-simple et à la portée de tout le monde que je viens d'expérimenter sur plus de soixante malades affectés d'ophthalmies : c'est le cerfeuil, *scandix cerefolium* de Linnée, en applications topiques. Loin de moi la pensée de revendiquer en ma faveur la priorité de l'introduction de cet agent dans le

domaine de l'oculistique. Tourmenté par une inflammation chronique des paupières et des globes, affection si préjudiciable à l'exécution de ses projets scientifiques, Sauvages, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, sollicita, en 1762, cinq ans avant sa mort, les avis de Demours, qui lui indiqua, entre autres moyens, d'*appliquer tous les soirs sur les yeux, en se mettant au lit, un cataplasme de cerfeuil cuit dans son jus entre deux plats sur les cendres chaudes* (1) : « Vous le mettrez chaud à nu, poursuivait Demours, « avec une compresse par dessus, et le lendemain matin, vous les « baignerez dans de l'eau de Balaruc. » Plus loin (*loc. cit.*, p. 193), l'auteur ajoute : « Le célèbre professeur suivit tous ces conseils et se « félicita particulièrement de l'usage du cerfeuil. » Après avoir relaté, dans le tome III des *Annales d'Oculistique* (pp. 184 et 185), et d'après le *Bulletin médical du Midi*, une observation de guérison que valut au docteur Chabrely l'emploi de cette ombellifère, M. Florent Cunier disait : « Le cerfeuil qu'a mis en usage le médecin de Bordeaux est « vulgairement employé, dans plusieurs parties de la Belgique, en « cataplasmes et fomentations, dans le panaris et les ophthalmies ; « nous avons vu ce moyen réussir entre les mains d'un curé, dans « un cas de photophobie scrofuleuse dont il nous avait été impossi- « ble de triompher. Une vieille femme d'Assche, près Bruxelles, « guérit l'ophthalmie des nouveau-nés par les instillations de suc de « persil ; en 1835, plusieurs soldats du 1er de ligne eurent recours à « elle, et ce moyen faisait avorter le mal, qui, chez leurs camara- « des, passait toujours à la purulence et nécessitait leur envoi à « l'hôpital. De pareils faits ne doivent pas être perdus pour la « science. »

Bien que ces documents me fussent connus, je songeais peu, je l'avoue, à implorer dans le traitement des affections oculaires le secours du cerfeuil, quand le fait suivant, qui se passa par hasard sous mes yeux, vint me démontrer que cet agent ne méritait pas l'oubli dans lequel le laissent relégué les ophthalmologistes, mais méritait, au contraire, d'être l'objet de mes expérimentations.

Obs. I. — Le 6 juin 1844, M. R......, maître de pension à Paris, m'amena sa fille, âgée de 10 ans. Cette enfant, aux traits délicats, aux cheveux blonds, aux iris bleus, à la peau fine et blanche, et chez qui tout annonçait la prédominance du système lymphatique, avait

(1) A. P. Demours, *Traité des Maladies des yeux*, tom. II, pag. 187 et suiv., obs. CIX.

déjà souvent éprouvé des ophthalmies développées tantôt sur un œil, tantôt sur les deux yeux à la fois. A cette époque, le globe droit était seul atteint. La conjonctive, fortement injectée, fournissait un mucus épais ; plusieurs phlyctènes garnissaient le cercle scléro-kératique. Il y avait une grande répugnance pour la lumière, un larmoiement abondant. Voici la prescription qui fut faite : 1° appliquer douze sangsues derrière l'oreille droite ; faire largement saigner les piqûres. 2° Le lendemain, purger avec 60 grammes de manne fondue dans du lait. 3° Trois fois par jour, pratiquer sur le front et la tempe droite une onction avec gros comme une noisette de la pommade suivante : onguent napolitain, 20 grammes ; extrait de belladone, 4 grammes. M. 4° Bains de pieds avec addition d'une poignée ou deux de sel de cuisine. 5° Alimentation légère ; s'abstenir de mets épicés, de boissons stimulantes et de farineux ; ne pas bander l'œil ; l'ombrager à l'aide d'une compresse flottante de toile quand la malade s'expose à l'air.

Le 8. — L'amélioration était sensible : je recommandai qu'on continuât les frictions sur le front et les pédiluves ; j'ajoutai les poudres de Plummer.

Le 10.— Une récrudescence que j'étais loin de prévoir me fit pencher pour une nouvelle évacuation sanguine, qui fut effectuée comme le 6.

Les jours suivants, la malade ne parut plus à ma consultation.

Le 26 du même mois, le père vint me voir : « Si l'on ne vous a pas ramené l'enfant, me dit-il, c'est que l'emploi des moyens conseillés avait été couronné d'une réussite complète ; mais, ajouta-t-il, le rétablissement n'a point été de longue durée. Par suite d'une fatigue immodérée, causée par quelques leçons de musique trop prolongées, le maître ayant voulu regagner le temps perdu, une ophthalmie plus intense que la première fois vient de surgir ; le blépharospasme est au plus haut degré qu'il peut atteindre : la malade se plaint d'une chaleur brûlante, de douleurs vives et lancinantes dans l'organe ; la nuit dernière, elle n'a pas goûté un instant de sommeil. » Puis M. R...... me pria d'aller visiter sa fille à la pension ; des engagements pris ailleurs me laissèrent le regret de ne pouvoir déférer à ses désirs. Après avoir tracé un plan curatif en harmonie avec les circonstances, je promis que le lendemain, sur les deux ou trois heures, je me trouverais auprès de la malade. Je fus exact au rendez-vous. Je m'attendais à trouver un œil gravement entrepris, quand je ne constatai qu'une conjonctivite assez faible. Sauf un néphélion qui avait

succédé à une ancienne ophthalmie, la cornée offrait sa limpidité naturelle ; la photophobie s'était presque complétement évanouie, à tel point qu'il me fut permis d'examiner commodément l'organe en face d'une croisée : il n'y avait plus de douleurs. Or, les sangsues que j'avais conseillées n'avaient point été mises ; les onctions mercurielles belladonées, les frictions stibiées n'avaient pas été faites ; aucune partie de ma prescription, en un mot, n'avait reçu son exécution. Voici ce qui était arrivé : Une bonne femme avait dit à Mme R......, épouse du maître de pension, que ses enfants avaient eu fréquemment des maux d'yeux, dont elle les avait toujours délivrés au moyen d'applications de cerfeuil, et que, quant à elle, elle n'hésiterait pas à y avoir ici recours. Les avis de la commère, chose si fréquente dans la pratique, l'avaient emporté sur ceux de l'homme de l'art : depuis la veille, trois heures de l'après-midi ; jusqu'à six heures du lendemain matin, des cataplasmes de cerfeuil avaient été constamment maintenus sur les paupières de l'œil phlogosé, l'herbe, cuite pendant dix minutes ou un quart d'heure, étant placée à nu sur ces voiles ; de plus, depuis le matin jusqu'au moment de ma visite, l'organe avait été soumis à de nombreuses lotions avec une décoction concentrée de cerfeuil. Un tel résultat eût excité mon étonnement, si l'article des *Annales d'Oculistique* déjà cité ne se fût immédiatement présenté à mon souvenir. Je dus consentir à ce qu'on persistât dans la même médication, à laquelle j'associai quelques éléments thérapeutiques ; mais j'appris peu de temps après qu'on se borna, comme ci-devant, à l'emploi de la plante salutaire qui, par ses heureux effets, avait captivé la confiance de la famille : le cerfeuil, en résumé, fit seul les frais de cette cure rapide.

Dans le fait qui vient d'être signalé, il y avait un enseignement dont je résolus de profiter. Depuis quelques mois, j'avais fondé dans un quartier central et populeux (rue de l'Échelle-Saint-Honoré) un dispensaire pour le traitement gratuit des affections ophthalmiques : grâce à la bienveillante coopération de quelques confrères et d'amis dévoués, la consultation commençait à devenir riche en malades ; les essais étaient faciles.

Obs. II. — Patard (Auguste), âgé de 14 ans, rue du Chemin-de-Pantin, n° 15, portait, depuis le commencement de décembre 1843, une double ophthalmie qui s'exaspérait tantôt à un globe et tantôt dans l'autre ; l'exagération de la sensibilité rétinienne constituait le caractère capital de l'affection de ce jeune homme, d'habitude lymphatique, et qui était en traitement au dispensaire depuis le

25 juin 1844. Les remèdes que je mettais en usage, et qui étaient les mêmes à peu près que ceux que je conseillai à la malade qui précède, n'amenaient qu'un soulagement médiocre, quand, le 9 juillet, je les combinai avec l'emploi du cerfeuil.

Le 9. — La rougeur est moindre, et la lumière peut être beaucoup mieux supportée. (Même traitement.)

Le 13. — La guérison est presque complète ; la photophobie a disparu. (Collyre composé de 5 centigrammes de sublimé corrosif et 6 décigrammes de gomme adragant pour 125 grammes d'eau distillée.)

Le 19. — Patard ne se présente que pour me remercier. Comme je ne l'ai plus revu depuis cette époque, je suis fondé à croire que le rétablissement a été durable.

Obs. III. — Le cerfeuil a encore joué un rôle de quelque importance dans le traitement de Boucher (Élisa), d'Épinay-sur-Seine. Cette enfant, âgée de 6 ans et fortement scrofuleuse, me fut amenée pour la première fois, le 6 juillet dernier, chez mon beau-père, maire de cette commune. L'œil droit était atteint d'une conjonctivite modérée qui offrait les traits caractéristiques de l'ophthalmie catarrho-lymphatique des Allemands. Quant à l'œil gauche, je le trouvai dans les conditions les plus déplorables, et je le jugeai comme perdu ou à peu près. La faculté visuelle y était abolie par une kératite qui ne permettait plus qu'on entrevît l'iris et la pupille ; la cornée, siége d'un onyx occupant le segment inférieur de cette membrane, était enchâssée dans un anneau chémosique. Altérée dans sa structure et dans ses fonctions, la conjonctive versait des mucosités puriformes ; les voiles palpébraux, rouges et tuméfiés vers leurs bords libres, étaient spasmodiquement contractés l'un contre l'autre. La jeune malade se dérobait à la lumière ; sa face portait l'expression de souffrances vives. Les premiers débuts de cette inflammation formidable dataient de quinze jours : on avait placé quatre sangsues à la tempe gauche et un vésicatoire à la nuque ; on bassinait l'œil avec une solution de nitrate d'argent cristallisé ; on donnait l'infusion de houblon à l'intérieur. Mon avis fut qu'on entretînt l'éxéutoire, mais qu'on cessât la tisane et, avant tout, le collyre. (10 sangsues au devant de l'oreille gauche ; 32 grammes de sel de Glauber, à prendre dans deux ou trois tasses de bouillon aux herbes, le lendemain de l'émission ; quatre frictions par jour, sur le front et les tempes, avec un mélange d'onguent napolitain et d'extrait de belladone ; des pédiluves à l'eau de cendres ; administration, soir et matin, à l'intérieur,

d'un paquet contenant un demi-grain de calomélas et quelques grains de magnésie calcinée, avec injonction, bien entendu, de s'en abstenir le matin du jour de la purgation.)

Le 9. — État stationnaire. L'enfant a un peu de diarrhée, elle accuse quelques coliques. (Placer de nouveau 10 sangsues ; persévérer dans l'emploi des onctions et des bains de pieds ; supprimer les poudres.)

Le 14. — L'œil droit est guéri. A l'œil gauche, les phénomènes phlegmasiques et nerveux ont éprouvé un amendement notable, en ce que le gonflement inflammatoire de la conjonctive est beaucoup moins considérable, qu'il n'y a plus de chémosis, que les douleurs se sont calmées, qu'il existe plus de tolérance pour la lumière ; mais la cornée continue à être frappée d'opacité dans toute son étendue, et la vision est toujours nulle. (Continuer les frictions soir et matin et les pédiluves ; reprendre les poudres.)

Le 21. — Une véhémente ophthalmie, avec photophobie et blépharospasme, s'est déclarée du côté droit : je constate, dans la moitié temporale de la cornée, la présence d'une plaque d'un gris cendré, sans vascularité de la lamelle conjonctivale qui tapisse le miroir oculaire. Rien de nouveau à l'autre globe. (Je recommandai qu'on posât un bon nombre de sangsues devant l'oreille droite ; qu'on fît le lendemain une friction derrière chaque oreille avec quelques gouttes d'huile de croton ; qu'on activât l'exutoire de la nuque ; que l'on continuât les poudres et les onctions fronto-temporales. A ces ressources, j'ajoutai le cerfeuil.)

Le 25. — Amélioration très-marquée, tant à l'œil droit qu'à l'œil gauche. Dans ce dernier, la cornée s'est un peu éclaircie vers sa moitié supérieure, point où l'iris est devenu perceptible. La mère, ravie de joie, m'annonce que son enfant commence à voir de ce côté. (Même traitement, excepté les sangsues et l'huile de croton.)

Le 29. — L'œil droit ne présente qu'une conjonctivite fasciculaire assez faible et accompagnée d'un point nébuleux dans la cornée, en dehors de la prunelle ; à l'œil gauche, le résultat a dépassé mon attente. La région supérieure de la cornée a récupéré sa diaphanéité, sa portion inférieure est seule opaque. Tout me fait croire que, dans le cours du traitement, l'onyx s'est vidé dans la chambre antérieure, la matière de l'épanchement étant ensuite résorbée dans cette cavité. L'autre œil étant bouché, la malade a distingué à un demi-jour, et en se livrant à quelques contorsions, une

carafe, un verre, une fourchette (1). L'haleine est mercurielle. De crainte de salivation, je conseillai qu'on ne fît prendre que le matin la dose de calomel et de magnésie, et qu'on se bornât à la friction du soir; j'insistai sur les applications de cerfeuil et sur le soin d'entretenir le vésicatoire. Comme il y avait encore de l'aversion pour la lumière, un ample garde-vue en papier vert très-épais était destiné à en tempérer l'éclat.

Le 4 août. — La cornée gauche a encore gagné en transparence; la photophobie est moindre; l'enfant a repris sa gaîté. (Supprimer les paquets; se contenter de trois ou quatre frictions par semaine; lotionner les yeux de temps en temps avec une forte décoction de cerfeuil.)

Le 11. — Nous cessâmes entièrement les hydrargyriques. L'œil gauche distinguait à cette époque les objets de petite dimension, tels qu'une pièce de monnaie, etc., et même une épingle.

Il me paraît superflu de transcrire textuellement ici les notes que j'ai recueillies sur cette malade jusqu'au 28 octobre dernier, jour où je la revis. Tout allait bien au commencement de septembre, c'est-à-dire que le bulbe droit était normal et que son congénère ne conservait de l'affection à laquelle il avait été en proie qu'une taie assez épaisse, excepté dans sa partie supérieure qui était nuageuse et dépassait un peu le limbe pupillaire; nous faisions administrer la *tisane de houblon* comme boisson habituelle, et, plusieurs fois par jour, une cuillerée à bouche d'une solution d'iodure de potassium, dans le but de prévenir une récidive, quand une ophthalmie nouvelle attaqua soudainement l'organe que nous avions pendant quelque temps considéré comme voué à une perte inévitable. Nous nous trouvâmes dans l'obligation d'user de rechef des moyens qui nous avaient une première fois réussi, sans oublier le cerfeuil, et le rétablissement ne se fit pas longtemps attendre; le travail de la résolution eut même pour conséquence d'emporter la portion marginale de la tache kératique qui empiétait sur la région inférieure de la pupille; d'où il résulta une bonification sensible dans l'exercice de la faculté visuelle.

Obs. IV. — Porteneuve (Alfred), âgé de 7 ans, quai d'Austerlitz,

(1) Cette observation vient en aide à la proposition suivante de M. Mackenzie, *Traité des Maladies des yeux*, article *Kératite scrofuleuse* : « La cornéite est toujours longue et souvent dangereuse dans ses suites. Cependant on voit souvent la guérison s'effectuer à un point étonnant, dans les cas même où l'espoir était faible ou nul. »

n° 23, fut conduit par ses parents au dispensaire, le 15 juillet 1844. Ce malade, d'une constitution assez grêle et d'une cachexie évidemment strumeuse, avait eu plusieurs fois des croûtes impétigineuses au cuir chevelu et des glandes engorgées. La conjonctivite légère qui régnait à l'œil droit présentait l'injection catarrhale des auteurs. L'œil gauche, affecté depuis trois semaines, était beaucoup plus vivement phlogosé, et les contractions palpébrales ne me permirent que d'en vérifier comme furtivement les conditions : une zone radiée, à vaisseaux filiformes, rectilignes, d'un rouge pâle, profondément logés, côtoyait le limbe kératique; la cornée était maculée par une taie étroite, mais longue, qui barrait obliquement la prunelle de haut en bas et de droite à gauche. On m'apprit qu'elle était ancienne et provenait d'un coup de griffe de chat. Les sangsues derrière l'oreille gauche, les onctions mercurielles et belladonées, et, à l'intérieur, un purgatif salin et le calomel avec les feuilles de belladone, furent à peu près les seuls remèdes dont nous indiquâmes l'emploi. L'enfant portait un vésicatoire au bras.

Le 20. — L'appréhension de la lumière étant encore très-forte, nous passâmes aux frictions à la nuque avec le pommade d'Autenrieth et aux applications de cerfeuil.

Le 23. — L'œil gauche était ouvert, bien que toujours un peu sensible à l'impression des rayons lumineux. A la fin du même mois, la guérison était accomplie. Depuis lors, j'ai de nouveau donné quelques soins à cet enfant, qui me fut envoyé, le 9 septembre, avec une conjonctivite phlycténulaire au globe droit : elle céda avec rapidité à un collyre de sublimé.

Obs. V. — Lacroix, âgé de 4 ans, rue Michel-le-Comte, n° 36, est, depuis son retour de nourrice, très-sujet aux maux d'yeux, pour lesquels il a été traité à la consultation des Quinze-Vingts et à l'Enfant-Jésus.

Le 8 août 1844, époque à laquelle j'en entrepris la cure, il était affligé d'une double ophthalmie dont il me paraît inutile de tracer les symptômes en détail : la photophobie était extrême, et les cornées étaient munies d'épanchements inter-lamellaires qui toutefois n'avaient point aboli la vue. Les agents thérapeutiques dont nous avions fait emploi jusqu'au 20 septembre, révulsifs cutanés de toutes sortes, fomentations avec une solution de 16 grammes d'eau de laurier-cerise dans 125 grammes d'eau distillée, avec addition de 12 grammes de mucilage de gomme arabique (formule de Jaeger), etc., n'avaient point réussi à vaincre l'exaltation morbide de la sensibilité des ré-

tines, lorsqu'à la date précédemment indiquée, nous ordonnâmes les applications de cerfeuil.

Le 27. — Un heureux changement s'était manifesté dans l'état des organes, bien que, deux ou trois jours auparavant, l'enfant eût reçu sur l'œil gauche une contusion qui était bien propre à exaspérer les accidents : « Le cerfeuil a enlevé le mal comme avec la main ; » telles furent les expressions de la mère.

Le 4 octobre. — Il n'y avait plus ou presque plus d'inflammation, plus de photophobie, et l'amélioration s'est soutenue. « Ces jours passés, me disait Mme Lacroix (25 novembre), les yeux ont un peu rougi ; ce qui a guéri avec facilité par quelques lotions avec l'eau de cerfeuil. » Le malade ayant des engorgements scrofuleux, nous l'avons soumis à des préparations iodées, tant à l'intérieur que comme topiques, et il reste encore en observation.

Obs. VI. — Maubert (Joseph), âgé de 8 ans, passage de la Trinité, n° 19, constitution lymphatique comme le sujet de l'observation précédente, et, comme lui, très-enclin aux affections ophthalmiques, fut conduit pour la première fois à la consultation le 19 septembre 1844.

Au rapport de la mère, l'enfant a reçu durant plusieurs mois les soins du docteur Sichel, dans les prescriptions duquel je vois figurer, en ce qui le concerne, des poudres avec parties égales de rhubarbe, de magnésie et de sulfure noir d'antimoine et de mercure (éthiops antimonial), la racine de scammonée, la teinture de semences de colchique, à prendre, matin et soir, à la dose de 15 gouttes dans une demi-tasse d'eau de guimauve gommée, l'onguent napolitain, un collyre composé de 100 grammes d'eau distillée, 5 grammes d'eau de laurier-cerise, 50 centigrammes de borax et 10 grammes de mucilage de semences de coing. A cette époque, sauf un léger néphélion, le globe gauche jouissait de ses conditions physiologiques ; une ophthalmie accompagnée de blépharospasme et d'épiphora existait à l'œil droit ; de plus, dans cet organe, une forte taie, déjà invétérée, occupait la région inférieure de la cornée ; des vascularités aboutissaient à la tache kératique. Comme Maubert avait naguère éprouvé du côté gauche une ophthalmie pendant laquelle l'œil droit allait assez bien, nous jugeâmes à propos de commencer par établir à la nuque un point fixe d'irritation à la faveur d'un vésicatoire. Tout marcha suivant nos désirs, durant quelques jours, sous l'influence de la médication interne et externe à laquelle nous avions soumis le jeune malade ; mais, le 5 octobre, une exaspération dans

les symptômes phlegmasiques et nerveux nous fit reculer à un tel point que nous étions moins avancé que le premier jour. A une application de sangsues derrière l'oreille, aux frictions avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone, etc., nous associâmes alors le cerfeuil.

Le 8. — Amélioration. — Le 12. — Le mieux continue. — Le 19. — Nouveaux progrès. Il n'y a presque plus de photophobie. — Le 24. — Guérison. Hormis la taie qui ne reçoit plus de vaisseaux variqueux, il n'y a rien d'anormal à l'œil droit. On nous ramène encore de temps en temps cet enfant, qui prend à l'intérieur des antidyscrasiques et fait usage d'un collyre de sublimé.

Obs. VII. — Guillot (Céline), âgée de 4 ou 5 ans, quai Pelletier, n° 42, habite un endroit humide et malsain : une loge de portier basse et mal éclairée. — Le 11 octobre 1844, époque à laquelle on demanda mes conseils pour cette petite fille cachectique et offrant sous l'un des angles de la mâchoire inférieure un énorme engorgement scrofuleux, l'œil gauche était bandé depuis plus de trois mois. Telle était la sensibilité de l'organe à la lumière, que je me trouvai dans l'impossibilité d'en faire l'examen. (Poudres de calomélas et de feuilles de belladone ; onctions sur le front et la tempe gauche avec l'extrait de cette dernière plante uni à l'onguent napolitain ; pédiluves irritants.) — Je défendis l'occlusion de l'œil. — Le 17. — Les rayons lumineux commencent à être assez bien tolérés. (Même traitement ; applications de cerfeuil.) — Le 9 novembre. — Guérison complète. — Je cherche en ce moment à diminuer les chances d'une récidive par les antilymphatiques et un régime substantiel. L'enfant porte un vésicatoire au bras.

Obs. VIII. — Le 5 novembre 1844, César, vannier, rue Lafayette, n° 17 *(ter)*, se présente à la consultation, portant dans ses bras sa fille Adeline, âgée de 23 mois, et qui n'ouvre plus les yeux depuis quelques jours. Mes efforts furent vains pour triompher de la résistance de cette enfant qui s'opposait par ses cris et ses pleurs à l'exploration des organes malades ; force fut d'y renoncer. (2 sangsues derrière chaque oreille ; 40 grammes de manne, à prendre le lendemain ; plus, les moyens ordonnés, le 11 octobre, à Céline Guillot.)

Le 8. — Rien de nouveau. (Continuation des poudres et des onctions fronto-temporales ; frictions à la nuque avec l'huile de croton.) — Le 11. — État toujours stationnaire. (Applications de

cerfeuil.) — Le 19. — Les yeux sont grandement ouverts, même dans la rue ; le père m'annonce que la photophobie a subi une diminution notable dès le lendemain de l'emploi de cette plante ; c'est pour cela, ajoute-t-il, qu'il n'est pas venu plus tôt me ramener sa fille.

Bro (Clotilde), Métairie (Ursule), la petite Lavigne, Rivière (Édouard), Gautier (Isidore), Dubrul (Adolphe), Prudhomme et beaucoup d'autres malades ont encore éprouvé les bons effets du cerfeuil : ce serait entrer dans des répétitions fastidieuses que de rapporter ici les observations qui les concernent. Bien que j'en aie retiré d'excellents services chez quelques adultes (Mme Baptiste Bogé, Mme Delbos, etc.), c'est notamment chez les jeunes sujets affectés d'ophthalmie dite *scrofuleuse*, avec blépharospasme, que je l'ai employé le plus communément. Le cerfeuil que, dans les maladies cancéreuses, Desbois de Rochefort faisait marcher de pair avec la ciguë, plante de la même famille, dont les vertus contre la photophobie scrofuleuse viennent d'être constatées par M. Seidel (de Breslau) (1) ; le cerfeuil, dis-je, outre des propriétés résolutives bien manifestes, m'a paru avoir pour qualité éminente d'apporter une prompte sédation à la rétine atteinte d'un surcroît d'irritation. Le lecteur, au reste, a dû remarquer, dans les faits ci-dessus exposés, que je ne me borne pas à l'application seule de cette ombellifère, soit en cataplasmes, soit en fomentations, bien que l'observation Ire démontre qu'elle pourrait probablement suffire dans bien des cas. Les émissions sanguines, les hydrargyriques, la belladone, les révulsifs, et surtout les révulsifs cutanés, jouissent d'une puissance trop bien constatée dans les phlegmasies ophthalmiques pour qu'ils puissent être négligés par le praticien. C'est donc à titre de remède auxiliaire que j'ai, nombre de fois, invoqué le secours du cerfeuil, et je n'ai presque constamment eu qu'à m'en louer.

J'ai été consulté, dans la belle saison dernière, pour le jeune Contois, d'Épinay-sur-Seine, affligé depuis longtemps d'une double ophthalmie avec photophobie des plus intenses. L'enfant portait quatre vésicatoires : un à chaque bras et un derrière chaque oreille. La médication à laquelle j'ai recours dans des cas semblables, sans en excepter le cerfeuil, ne me donnait que des résultats peu satisfaisants, quant à cette répugnance invincible pour la lumière, lorsque je prescrivis des fomentations trois ou quatre fois par jour sur les

(1) Voir les *Annales d'Oculistique*, tom. XII, p. 175.

paupières avec des linges imprégnés d'une solution d'extrait gommeux d'opium (1 ou 2 grammes de cet extrait pour 125 grammes d'eau). Cet expédient, que j'ai trouvé dans l'ouvrage de Demours (1), réussit à merveille. Dans les photophobies invétérées, je ne manque jamais de faire porter des conserves bleues à mes malades.

Je terminerai par une réflexion qui ne me paraît pas dénuée de quelque intérêt sous le rapport pratique. Dans l'observation relative à Élisa Boucher, nous avons dit qu'une taie, consécutive à une ophthalmie, avait diminué vers l'un de ses bords sous l'influence d'une seconde inflammation oculaire. J'ai constaté un phénomène analogue chez plusieurs autres sujets, à un point tel, que quand je vois une ophthalmie de médiocre intensité envahir un œil dans lequel l'exercice des fonctions visuelles est gêné par un épanchement kératique peu épais qui masque la prunelle, je suis plutôt tenté de m'en réjouir, trouvant dans cette circonstance morbide un travail qui peut modifier utilement l'opacité cornéale. Si c'est en effet l'inflammation qui engendre les taies, c'est l'inflammation, circonscrite dans de justes bornes, qui en triomphe. Les instillations de laudanum, la pommade de précipité rouge, les insufflations pulvérulentes, ne fonctionnent-elles pas en créant des ophthalmies artificielles? Le jeune Tournio, fumiste (rue Barrière, n° 4), Duru (de Boulogne, près Paris), Sevret (Amélie) (rue de Hanovre, n° 12), tous affectés de vieux dépôts kératiques interlamellaires, ont éprouvé dans l'état

(1) « J'ai, dit cet auteur (*loc. cit.*, tom. I, p. 249), un grand nombre d'observations qui prouvent le bon effet de ce dernier moyen. Je me plais à citer de préférence celle que mon collègue, M. Delondre, a lue dans une de nos dernières séances de la Société académique de médecine. On lui amena une petite fille de 10 ans, qui, par l'effet de la plus forte irritation, suite de petite vérole, avait les yeux si hermétiquement fermés, depuis plus d'un an, qu'on les croyait entièrement perdus, et qu'on se disposait déjà à la faire entrer dans une hospice comme aveugle et incurable. M. Delondre trouva les pupilles très-rétrécies et une excitation prodigieuse de la sensibilité des rétines. Il ordonna pour lotions une dissolution d'extrait aqueux d'opium, dans la proportion de deux gros pour une pinte d'eau : on en imbiba des compresses qui furent appliquées sur les paupières pendant la nuit. L'effet de ce remède fut si prompt, qu'au bout de huit jours les paupières s'entr'ouvraient. On doubla alors la dose de l'opium. Le quinzième jour du traitement, l'enfant ouvrit les yeux, et fut complétement guérie dans l'espace de quelques semaines. M. Delondre m'a dit qu'il avait su des parents, six mois après son entière guérison, qu'elle n'avait pas éprouvé la plus légère rechute de sa maladie. »

de leur vue, à la suite d'ophthalmies aiguës dont je les ai traités, un amendement notable.

Paris, le 7 décembre 1844.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoires de chirurgie pratique, comprenant la cataracte, l'iritis et les fractures du col du fémur; par le docteur PAMARD, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon, etc. — 8° pp. 211 avec 4 planches lithog.; Paris, 1844, chez Baillière.

C'est une idée fort heureuse qu'a eue M. le docteur Pamard, de réunir dans un seul corps d'ouvrage quelques-uns des travaux intéressants dont il a enrichi la science qu'il cultive avec tant de distinction. — La rédaction de ce journal a reproduit textuellement (mois d'octobre et de novembre 1844) son mémoire sur la cataracte: je vais tâcher de donner une idée exacte de celui sur l'iritis, qui, au concours de 1835, a obtenu une médaille d'encouragement de la Société médico-pratique de Paris.

L'auteur le divise en trois parties : dans la première, il se livre à quelques recherches anatomiques sur l'organisation de l'iris; dans la deuxième, il établit les caractères des diverses espèces d'iritis, du traitement desquelles il s'occupe dans la troisième et dernière.

Les recherches anatomiques sont du plus grand intérêt, et les expériences ingénieuses et délicates que l'auteur a faites pour arriver à une détermination précise de la disposition des diverses membranes de l'œil, sont neuves et ne font pas moins d'honneur à l'esprit qui les a conçues qu'aux mains qui les ont accomplies.

Il a constaté que la face antérieure de l'iris est tapissée par une membrane de nature séreuse qu'il a reconnue n'être que la continuation de la membrane dite de Descemet; tandis que la face postérieure est recouverte d'une membrane d'une nature particulière, chargée de la sécrétion du pigment noir, et qui est le prolongement d'un tissu de même espèce dont la choroïde est intérieurement revêtue.

Passant à l'étude de la substance propre de l'iris, il admet d'emblée qu'elle est musculaire, déclare que c'est avec raison que Monro et M. Maunoir y ont admis des fibres rayonnées externes et des fibres circulaires internes, dont les premières constituent l'anneau

ciliaire et les dernières l'anneau pupillaire. Toutefois il avoue n'avoir jamais, ni à l'aide d'une forte loupe ou du microscope, ni par l'intermédiaire de longues macérations, pu reconnaître la disposition circulaire des fibres de l'anneau pupillaire chez l'homme, et qu'il lui a toujours paru formé d'un lacis de fibres entre-croisées en tous sens. Plus bas, il émet l'opinion que cependant, par analogie, nous devons admettre l'existence d'un sphincter de la pupille, et finalement il conclut que l'*iris est composé d'une membrane musculaire dont les deux surfaces sont exactement tapissées d'une membrane séreuse.*

Tout en rendant cette justice à l'auteur, que les faits, tant anatomiques que physiologiques, rassemblés pour justifier cette opinion, sont nombreux, bien choisis, déduits avec ordre, exposés avec clarté et de manière à la rendre très-probable, je dois dire qu'elle ne lui a cependant pas donné ce degré d'évidence dont j'aurais besoin pour établir inébranlablement ma conviction.

Me sera-t-il permis de jeter en passant un coup d'œil sur ce point si difficile et si controversé de la science?

Avant de m'être occupé d'une manière spéciale de la structure de l'iris, j'étais très-disposé à partager la manière de voir de Haller sur ce point, d'autant plus que je croyais y trouver une explication satisfaisante de ses phénomènes fonctionnels; mais je fus bientôt forcé de convenir, qu'en présence des différences essentielles d'organisation qui existent entre l'iris et les tissus érectiles en général, il serait difficile de les ramener à un même système organique. — Cependant le rejet de l'opinion de Haller n'implique pas nécessairement l'admission de celle des partisans de la muscularité. Ne pourrait-il pas se faire que toutes les deux fussent également inadmissibles? Examinons.

Est-il bien vrai, comme le dit l'auteur, qu'*on doit regarder comme musculaires toutes les parties jouissant de la puissance de s'alonger ou de se raccourcir activement sous l'influence d'un excitant déterminé?* Le tissu érectile ne présente-il pas les mêmes caractères? ne se dresse-t-il pas sous l'influence de ses stimulants propres, pour s'affaisser dès que cesse leur action? — Et quel serait pour l'iris cet excitant déterminé? Ce ne serait pas, sans doute, la lumière, à laquelle il est démontré par les expériences de Fontana, si ma mémoire est fidèle, qu'il est presque complétement insensible. — En admettant la nature musculaire de l'iris, et reconnaissant la lumière comme son excitant déterminé, ne serait-on pas forcément mené à cette conclusion, que, par opposition à ce qui se passe dans les au-

tres fibres musculaires, celles de l'iris se relâchent pendant l'activité de l'excitant et se contractent pendant son repos?

Je ne parlerai pas de l'argument tiré de l'effet du galvanisme, puisqu'il est constant que tous les tissus vivants sont susceptibles de se contracter sous son influence. — Müller n'a-t-il pas observé que le canal thoracique, dans la composition duquel il n'entre pas de fibres musculaires, éprouve des étranglements aux endroits qui subissent directement l'action de la pile? D'ailleurs ceux-là même qui ont constaté les contractions de l'iris sous l'action du galvanisme conviennent que ce fluide agit autrement sur lui que sur la fibre musculaire en général.

Si l'existence du sphincter pupillaire était hors de doute; si aux autorités qui l'ont admise on ne pouvait pas en opposer d'autres, également respectables, qui la nient absolument et qui ne veulent même pas, comme M. Arnold, qu'il y ait des fibres musculaires dans l'iris, l'argument puisé par M. Pamard dans l'état de dilatation de la pupille occasionnée par la peur, qui relâche, dit-on, tous les sphincters, serait de quelque valeur; encore faudrait-il expliquer pourquoi alors le sphincter interne de l'iris se relâche plutôt que l'externe. Mais cette dilatation chez les individus terrifiés, et surtout chez des chats qu'on a fait tourner par la queue, comme dans l'expérience de Fontana, citée par l'auteur, démontre-t-elle *ipso facto* que l'iris est une membrane musculeuse, et n'admet-elle aucune autre interprétation plausible? L'ébranlement ou la compression du cerveau par un mouvement giratoire rapide ne pourrait-il pas jeter la perturbation dans les fonctions de la rétine, auxquelles les mouvements de l'iris sont subordonnés? L'auteur paraît en faire implicitement l'aveu, en mentionnant le trouble de la vue qui se manifeste pendant cette expérience. Il est vrai qu'il le considère comme l'effet de la dilatation de la pupille, tandis que pour nous celle-ci en serait au contraire seulement une des expressions.

Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que l'état de dilatation dans lequel on trouve fréquemment l'iris après des commotions, des compressions ou des déchirures de la substance cérébrale, et celui de contraction où on le voit dans les affections irritatives de l'encéphale, faits invoqués par M. Pamard à l'appui de son opinion, sont aussi favorables à ceux qui croient l'iris de nature érectile qu'à ceux pour qui il est constitué par une membrane musculeuse. En effet, dans la manière de voir des premiers, les contractions de l'iris sont subordonnées à la stimulation de la rétine, et sa dilatation

à l'absence d'excitation de cette membrane : or, dans les compressions, les déchirures, les commotions du cerveau, la rétine, participant indirectement ou directement à l'accident, peut avoir perdu la faculté d'être impressionnée par les rayons lumineux, tandis que, dans les irritations de l'encéphale, sa sensibilité est, dans la plupart des cas, fortement accrue.

Je conviens, avec M. Pamard, que l'emploi des narcotiques à haute dose brise ou enraie la puissance musculaire; mais est-il bien exact de dire que tous les narcotiques dilatent la pupille, et le contraire n'est-il pas constaté chaque jour dans les empoisonnements par l'opium?

M. Pamard invoque ensuite un fait clinique à l'appui de son opinion : *A la suite des contusions*, dit-il, *on sait que les muscles conservent pendant un temps plus ou moins long de la difficulté dans les contractions. Eh bien! à la suite des contusions sur l'œil, tout le monde a observé que la pupille reste longtemps dilatée; mais ce qu'on n'a pas remarqué avec assez de soin, c'est que toujours la dilatation est plus considérable dans le point où la contusion a été la plus forte.* Mais est-il un tissu vivant quelconque, supposons le tissu érectile, qui, ayant été froissé ou meurtri, soit très-disposé à entrer en exercice et à répondre facilement aux sollicitations des excitants? — Ne pourrait-il pas se faire d'ailleurs que, dans les faits observés par M. Pamard, une portion de la rétine eût été contusionnée en même temps que l'iris et fût devenue momentanément impropre à ressentir l'impression de la lumière?

Me faudra-t-il ajouter que l'iris est tout autrement impressionné par les agents mécaniques que les plans et faisceaux musculeux du squelette ou des viscères? Rappellerai-je que la section simple de ses fibres ne produit entre elles aucun écartement sensible?

Me sera-t-il permis d'ajouter une considération à ce qui a été dit contre la muscularité de l'iris? Ce qui me paraît peu conciliable avec cette opinion, c'est la facilité avec laquelle l'iris passe à la suppuration. Rien n'est plus commun que les abcès iriens, et on sait combien ils apparaissent rarement dans les tissus musculaires.

Est-ce à dire maintenant que je nie la muscularité de l'iris d'une manière absolue? Nullement. J'expose des doutes à ce sujet et rien de plus : je pense que la muscularité n'est pas encore démontrée; qu'à côté de quelques puissantes raisons pour l'admettre, raisons que M. Pamard a exposées avec beaucoup de talent, il s'en place d'autres, graves aussi, qui doivent engager à suspendre son juge-

ment et à s'en tenir, en attendant des découvertes ultérieures, à cette définition du chevalier d'Ammon : *Iris est membrana vasculoso-serosa quae peculiari gaudet fabrica, et propria fruitur vita*, comme exprimant, à côté de ce que nous savons de positif sur son organisation, ce que celle-ci présente encore de vague ou d'inconnu.

Quoi qu'il en soit, c'est sur les données anatomiques énoncées dans la première partie que l'auteur base dans sa seconde la classification des différentes espèces d'iritis. Rejetant les divisions établies par différents auteurs, qui ont décrit comme autant de maladies différentes des iritis arthritique, rhumatismale, syphilitique, il les étudie suivant le siége qu'occupe l'inflammation, et, en conséquence, il les examine : 1° dans le tissu séreux seul ; 2° dans le tissu musculaire seul ; 3° enfin, dans le tissu séreux et le tissu musculaire affectés simultanément.

Il commence par *l'inflammation de la membrane séreuse qui tapisse les chambres de l'œil*. Tant sous le rapport symptomatologique que sous celui des causes qui la provoquent, cette affection répond à l'iritis idiopathique des auteurs. L'exposé des symptômes m'a paru fidèle et complet : on voit que c'est sous la dictée d'une expérience sûre que le tableau en a été tracé. L'auteur attache beaucoup d'importance à ce qu'on ne confonde pas avec du pus la matière des épanchements, les exsudations puriformes que cette inflammation détermine. Il se prononce d'une manière catégorique contre la ponction de la cornée pour l'évacuation de cette matière, et s'appuie de l'autorité de Scarpa, de Demours et de M. Lawrence. Sans prétendre la contester en aucune manière, qu'il me soit permis toutefois de faire observer que plus d'une fois déjà j'ai vu l'évacuation de cette humeur, faite par la ponction de la cornée, calmer sur-le-champ de violentes douleurs du globe de l'œil. Je conviens que cette médication n'est que palliative et que, pour être efficace, elle doit être nécessairement secondée par un traitement général ; mais l'effet de celui-ci ne peut pas être si prompt qu'il ne se fasse attendre quelques jours, et c'est déjà beaucoup, à mes yeux, d'avoir, en attendant, pu apaiser d'atroces souffrances. — Il doit être bien entendu que je ne voudrais pas en faire une règle générale ; je me crois seulement autorisé à dire que là où cette opération est indiquée, on peut en espérer des résultats prompts et heureux.

Sous le titre d'*inflammation du tissu propre de l'iris*, l'auteur a décrit l'iritis arthritique et rhumatismale des auteurs. Il convient que cette inflammation sans participation de celle de la tunique séreuse

est une affection extrêmement rare ; aussi entre-t-il dans peu de détails à son sujet. Il fait observer seulement qu'après l'apaisement de l'inflammation, la vision se rétablit facilement et que la pupille reprend sa forme normale ; ce qui annonce évidemment qu'il ne s'établit pas d'adhérence en ce cas : et *c'est*, dit-il, *ce qui s'explique facilement par la raison que la séreuse n'ayant pas été affectée, il n'a pas pu se former de fausses membranes accidentelles.*

L'auteur étudie ensuite l'*inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, compliquée de celle de la membrane musculeuse,* ou *iritis phlegmoneuse*, et, pour cet effet, il établit trois subdivisions. La première comprend l'*inflammation du tissu propre de l'iris, précédée de l'inflammation de l'humeur aqueuse,* caractérisée par la tuméfaction considérable et le changement de couleur de l'iris, dans l'épaisseur duquel se forment des abcès qui donnent lieu, en s'ouvrant, à un épanchement de pus véritable, d'autres fois à un épanchement de sang dans la chambre antérieure. La sclérotique et la conjonctive participent à l'inflammation. Lorsque la maladie n'est pas conjurée dans son début, elle entraîne des altérations irréparables et qui produisent presque constamment la cécité.

A cette occasion, il mentionne des abcès iriens qui s'absorbent complétement en ne laissant d'autres traces après eux qu'une cicatrice blanche dans le point correspondant à leur siége ; il présume que, dans ces cas, l'inflammation a occupé seulement le tissu cellulaire qui unit la membrane de Descemet à la tunique musculeuse, et appelle l'attention des ophthalmologistes sur cette variété.

Je passe avec lui à la seconde subdivision, intitulée : *Inflammation du tissu propre de l'iris, suivie de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse.* C'est à ce genre d'affection que l'auteur rattache l'iritis syphilitique, dont il reconnaît toute la gravité et qu'il étudie avec beaucoup de soin, tant dans sa forme aiguë que dans sa forme chronique. Nous avons vu avec plaisir l'auteur déclarer péremptoirement que l'observation lui a montré des déformations à la pupille dans tous les sens et qu'il lui a été impossible de les rattacher à telle ou telle espèce d'iritis. Nous pouvons ajouter que, plus d'une fois, dans le cours d'une même iritis, nous avons vu la pupille prendre différentes formes.

Enfin, sous la subdivision intitulée *affection simultanée du tissu propre à l'iris et de la séreuse qui le revêt,* l'auteur fait l'histoire de l'iritis traumatique et passe successivement en revue les causes qui peuvent y donner lieu, telles que l'opération de la cataracte et de la

pupille artificielle, les coups, les blessures accidentelles, et les symptômes avec lesquels elle se présente.

Dans la troisième partie, M. Pamard se livre d'abord à quelques considérations sur le traitement de l'iritis en général, et indique ensuite, dans une seconde section, les modifications qu'il doit subir dans les différentes formes sous lesquelles se présente la maladie.

Après avoir insisté sur la nécessité d'attaquer les iritis avec énergie et promptitude, et avoir fait sentir la supériorité des médications internes sur les traitements topiques, il s'attache à justifier la préférence qu'il donne au mercure sur tous les autres agents thérapeutiques. Il lui paraît démontré que le calomel, administré suivant sa formule, agit en *produisant un raptus violent sur l'appareil salivaire, qui contrebalance avantageusement le mouvement fluxionnaire sur les yeux, en même temps que par son action sur l'appareil circulatoire, et sur le sang en particulier, il produit dans l'organisme une modification dont la durée est assez longue pour donner le temps aux parties affectées de perdre l'habitude maladive contractée par elles et de recouvrer assez de force pour résister dorénavant aux causes déterminantes de la maladie.* — Aussi cherche-t-il à provoquer le plus tôt possible la salivation, soit par le calomel à l'intérieur chez ceux dont les organes digestifs le supportent, soit par les frictions mercurielles en cas d'intolérance de l'appareil de la digestion. A ce propos, il cite les succès obtenus par M. Velpeau par l'emploi de ce métal dans les péritonites. Sans avoir le moins du monde l'intention d'amoindrir les mérites de ce célèbre professeur, qui a tant d'autres titres de gloire, me sera-t-il permis de rappeler qu'en se servant du mercure dans les inflammations séreuses du bas-ventre, particulièrement dans celles qui sont d'origine puerpérale, il n'a fait qu'adopter, en la modifiant d'une manière insignifiante, la méthode de traitement que le docteur Van den Zande, médecin d'Anvers, avait fait connaître dès 1821?

Dans les cas graves, après que l'appareil salivaire est raffermi, si la maladie oculaire persiste, il revient une seconde et même une troisième fois au calomel pour produire un ptyalisme abondant.

Il est grand partisan de la saignée générale au début, et dit, avec raison ce me semble, que, dans aucune maladie peut-être, l'avantage des saignées copieuses n'est plus évident que dans celles des yeux. Il a souvent aussi recours aux sangsues, qu'il applique autour des chevilles et dont il seconde l'action par des pédiluves chauds. Il recommande de ne jamais poser les vésicatoires aux tempes et de préférer

pour leur application la nuque ou les bras. Tout en reconnaissant les éminents services que la belladone peut rendre dans l'iritis, il blâme sévèrement ceux qui en instillent la solution concentrée entre les paupières, et regarde l'administration de cette plante à l'intérieur comme le moyen auquel on doit donner la préférence. Il prescrit les applications constantes, particulièrement les émollientes, chaudes, sur les yeux, et pense que l'action de l'air est inutile. Dans la généralité des cas, il se borne à trois lotions par jour avec une solution légèrement astringente ; quelquefois il substitue l'extrait de belladone à l'alcool, mais toujours à une dose légère ; d'autres fois il ne se sert que de compresses d'eau froide appliquées sur les yeux pendant quelques minutes.

La seconde section, qui traite de la thérapeutique spéciale de chaque espèce d'iritis d'après les divisions précédemment établies, n'est guère susceptible d'analyse. Elle se compose de 11 observations intéressantes et bien faites, accompagnées de remarques pleines de justesse et d'à-propos, et qu'il faut voir en place dans leur cadre même pour en bien apprécier la valeur. Nous y trouvons une application judicieuse des principes généraux de traitement posés plus haut, modifiés avec sagacité dans chaque cas, suivant les indications. — Dans l'iritis rhumatismale, l'auteur ne s'est pas trouvé aussi bien de l'huile de térébenthine que les éloges donnés à cette substance comme anti-arthritique le lui avaient fait espérer, tandis que le calomel uni à l'extrait de belladone lui a fourni les plus beaux succès. Dans l'iritis syphilitique, c'est le traitement spécifique seul qui lui a donné d'heureux résultats. — Mais je dois me borner à ces observations très-générales, car il faudrait copier mot à mot, si on voulait faire connaître tout ce que cette section contient d'utile et de judicieux.

Pour terminer, l'auteur résume dans quinze propositions les principes développés dans le corps du mémoire dont ils constituent autant de corollaires.

FALLOT, D. M.

Hygiène de l'ophthalmie dite des armées ; par le docteur DECONDÉ, médecin de régiment au 6e de ligne, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc. — Liége, imprimerie de Félix Oudart, 1844, gr. in-8° pp. 60.

Sous ce titre, M. Decondé, notre infatigable collaborateur, vient

de faire paraître une brochure grand in-8° de 60 pages, dont nous allons rendre compte.

L'ophthalmie des armées serait aujourd'hui, dit M. Decondé, mieux dénommée *ophthalmie du peuple*, si l'on voulait avoir égard à ses ravages immenses au sein de nos populations. C'est un fait sur lequel il a été maintes fois insisté depuis la publication de ces *Annales*, et nous croyons que l'on ne peut trop souvent y rappeler l'attention : l'ophthalmie granuleuse a germé au sein de nos contrées et y a fait de tels ravages, que des observateurs peu portés à l'exagération estiment que le sixième des habitants de la Belgique en sont atteints. Si l'on considère le nombre de granulés que l'on rencontre chaque année parmi les nouveaux soldats, on est porté à croire que cette évaluation reste bien au-dessous de la réalité.

Si, d'autre part, on fait attention au nombre effrayant d'aveugles que l'on rencontre dans notre pays, et que l'ophthalmie dite *militaire* figure au premier rang parmi les causes de cécité, on restera convaincu de la nécessité de chercher, par toutes les précautions possibles, à conjurer les ravages de ce fléau qui plane sur nos têtes. En semblable matière, nous ne ferons pas à l'auteur le reproche d'être trop minutieux dans les préceptes qu'il donne, et nous chercherons à attirer l'attention sur ce sujet d'une manière toute spéciale, en donnant de sa nouvelle production une analyse détaillée.

Après avoir exposé son opinion sur le mode de transmission du mal, l'auteur, qui ne s'éloigne pas, sous ce rapport, des idées généralement admises, donne une suite de préceptes qui tous ne peuvent être rappelés ici, à moins que nous ne prenions le parti de donner une seconde édition de son œuvre : nous serons donc bien forcé d'en omettre un certain nombre, en cherchant, autant que possible, à grouper les autres. On comprendra combien ce travail se prête peu à l'analyse, lorsqu'on saura qu'il se compose d'une suite d'aphorismes au nombre de 145, et que rien ne serait plus difficile que de trouver à la plus grande partie un lien commun.

Pour diminuer, autant que nous le pourrons, l'aridité de notre tâche, et afin de rendre la lecture de notre revue moins fatigante, nous prendrons çà et là dans la brochure tout ce que nous croirons essentiel à noter, et nous parlerons au nom de l'auteur. Il n'y aura donc rien de nous dans ce travail, qu'un labeur fort ingrat et très fatigant ; on trouvera à la fin de notre article nos quelques réflexions.

Les différents corps de l'armée doivent être considérés comme des

agglomérations d'hommes parmi lesquels il en est un certain nombre qui souffrent de l'ophthalmie. Les précautions recommandées pour nos troupes devraient être les mêmes pour toute réunion de sujets qui se trouveraient dans des circonstances semblables.

Les casernes doivent être situées sur un terrain sec, élevé et bien aéré. Les fenêtres, qui doivent être directement opposées pour faciliter le renouvellement de l'air, seront nombreuses et grandes, afin que ce renouvellement puisse être instantané.

La façade la plus percée de croisées devra être à l'est ou au nord, notre ophthalmie s'améliorant sous l'influence des vents qui soufflent de ces directions. On évitera les grandes chambres, préférant celles de 10 à 12 lits placés sur deux rangées. Là où de nouvelles casernes ne peuvent être élevées, les anciennes pourraient subir quelques changements.

Toutes les fenêtres doivent rester ouvertes quand le temps le permet : les ventilateurs au niveau du sol sont mauvais ; ils doivent être placés à la partie supérieure des fenêtres, et doivent être ouverts la nuit.

L'intervalle d'un pied et demi à deux pieds entre chaque lit peut suffire pour les petites chambres, lorsque toutes les autres conditions hygiéniques favorables existent ; mais pour celles qui sont grandes et qui contiennent un grand nombre d'individus, cet espacement est insuffisant. Quand l'espace ne pourra pas être proportionné au nombre d'hommes, il devra y avoir une grande circulation d'air, soit par les ouvertures des cheminées, soit à l'aide de larges vasistas qu'on laisse constamment ouverts.

L'agglomération est plus à craindre en été qu'en hiver.

Dans beaucoup de nos casernes, le rayonnement de la chaleur et de la lumière est, en été, excessivement prononcé. Pour tempérer cette réverbération, on devra faire des plantations d'arbres à grande croissance vers le sud de la cour.

Les plafonds doivent être plâtrés et non formés de planches juxtaposées qui laissent tamiser à travers les fentes une poussière fine provenant des étages supérieurs.

Les hommes coucheront seuls ; on leur recommandera la plus grande propreté.

Les exercices au-dehors sont utiles, et surtout lorsque les soldats restent peu de temps dans un même lieu.

On séparera les sujets granulés de ceux qui ne le sont pas ; et, dans les visites des paupières, le médecin prendra les soins nécessaires

pour ne pas porter de la matière ophthalmique d'un sujet malade sur les paupières d'un sujet sain. Si l'ophthalmie sévit dans un corps, il faut veiller à ce qu'il n'y ait aucun rapport avec les hommes d'autres corps.

Les corps de garde sont en général mal construits, l'aération y est mauvaise ; il importe d'y remédier. Il conviendrait de désigner les postes à chaque corps, de manière à ce que les corps de garde ne soient pas occupés alternativement par les différents régiments qui composent une garnison. Les mutations incessantes de casernes et de garnisons sont nuisibles ; il en est de même des changements continuels dans le nombre d'hommes qui forment une chambrée. Il faut éviter de mêler les recrues aux vieux militaires.

Lorsqu'un régiment est affecté d'ophthalmie, il n'est pas nécessaire de le faire changer de caserne, à moins que celle qu'il occupe ne puisse être assainie. Le faire changer de garnison, c'est exposer les bourgeois chez lesquels il logera en route à contracter le mal.

On ne réformera plus les éborgnés, même de l'œil droit.

Dans les établissements d'orphelins, les pensionnats, séminaires, etc., on prendra des mesures à peu près semblables à celles qui sont relatives aux soldats casernés. On veillera à ce que les mêmes objets, tels qu'essuie-mains, bassins, etc., ne servent pas en commun. Rien n'empêche d'exposer dans les chambres une solution de chlorure de chaux.

Il faut éloigner du service tous les scrofuleux sujets aux maux d'yeux ou des paupières, ainsi que les autres sujets porteurs d'ophthalmies habituelles.

On doit admettre au service ceux qui sont porteurs de granulations, qu'ils s'y présentent en qualité de miliciens, de volontaires ou même de remplaçants.

On appellera de préférence les miliciens sous les armes en hiver ; on aura soin de blanchir les chambres et de désinfecter tous les objets qui doivent servir à leur usage. On les habituera peu à peu aux fatigues du service. Il vaudrait mieux peut-être faire voyager à pied les recrues qui se rendent à leur corps, que de les transporter par les chemins de fer.

Les salles de granulés seront choisies au nord, à l'est, et surtout au nord-est. Il faut préférer les petites chambres aux grandes. On séparera les granulés d'après l'intensité du mal et l'ancienneté du traitement. On devra être sobre de cautérisations pendant le règne des vents du sud, d'ouest et de sud-ouest; cette recommandation

doit aussi être suivie en été. L'intervalle entre les lits doit être au moins double que pour les sujets sains.

Il conviendrait d'accorder un congé d'un mois à tout granulé sortant de traitement.

Autant que possible, on ne punira les granulés que du peloton de punition.

Dans les hôpitaux, les affections oculaires seront séparées par catégories. Les chambres seront peintes en bleu foncé, et lorsque le temps le permettra, on obligera ceux qui sont les moins affectés à se promener dans les cours.

Recommander au sujet porteur d'une ophthalmie purulente à l'un des deux yeux de ne pas communiquer le mal à l'autre par le transport du produit de la sécrétion. Le garde-vue est mauvais ; il en est de même de tout linge destiné à couvrir l'œil.

Les salles destinées au traitement des ophthalmiques seront fumigées d'une manière permanente. Elles devront être maintenues propres, mais non lavées à grandes eaux : la température doit y être peu élevée ; on les fera blanchir fréquemment.

Les objets servant aux ophthalmiques ne doivent pas servir à d'autres malades ; ils doivent être lavés dans une solution de chlorure de chaux avant d'être employés une seconde fois. Les vêtements des soldats affectés d'ophthalmie, ainsi que les objets à leur usage, qui en sont susceptibles, seront fumigés et purifiés à l'hôpital avant que les hommes soient renvoyés à la caserne.

— Nous croyons pouvoir abandonner maintenant la marche que nous avons suivie jusqu'ici et nous borner à grouper sommairement les derniers chapitres de l'ouvrage que nous analysons. En effet, d'après les recommandations précédentes, il est facile de prévoir celles qui sont relatives aux différentes autres positions dans lesquelles le soldat peut se trouver placé. L'auteur passe en revue les conditions relatives aux campements, aux cantonnements, aux marches, aux exercices ou manœuvres, et aux vêtements du soldat, et il signale les avantages et les inconvénients qui peuvent en résulter sous le rapport du développement et de la guérison de l'ophthalmie de l'armée. Les derniers chapitres sont consacrés : 1° aux moyens propres à prévenir l'ophthalmie ou à mettre à l'abri de son invasion les sujets sains qui se trouvent en contact avec ceux qui en sont infectés ; 2° aux mesures essentiellement propres à extirper l'ophthalmie du sein de nos populations ; 3° à l'hygiène de l'ophthalmie

dite gonorrhoïque; 4° et enfin à l'hygiène de l'ophthalmie dite des nouveau-nés.

Quel que soit l'intérêt que présentent ces derniers chapitres, nous n'osons en aborder l'examen, dans la crainte de donner à cette analyse une trop grande étendue.

Dans cet intéressant travail, M. Decondé nous semble avoir rencontré, pour ainsi dire à chaque pas, un obstacle presque insurmontable. L'ophthalmie, on l'a plus d'une fois répété, s'est propagée de l'armée à la population, qui pourrait bien la lui rendre à son tour. Aussi ne doit-on pas chercher seulement à extirper l'ophthalmie de l'armée, mais encore de notre population tout entière. Pour que l'on pût espérer atteindre un jour ce résultat, des mesures énergiques devraient être prises, et, nous ne craignons pas de le dire, celles qui sont recommandées par M. Decondé nous paraissent insuffisantes pour y parvenir. Les soins relatifs à nos soldats devraient être étendus à toute réunion d'hommes, dans quelque condition qu'ils se trouvent placés. L'ophthalmie de l'armée, étudiée presque uniquement jusqu'à ce jour par les médecins militaires, devrait l'être aussi dans nos Universités, et il serait peut-être convenable d'ériger auprès de chacune d'elles une chaire spécialement destinée à l'étude des maladies particulières à notre climat et à notre population. Les affections contagieuses doivent, plus que les autres, éveiller toute la sollicitude du gouvernement, et nous faisons des vœux ardents pour que rien ne soit négligé pour parvenir à extirper du sein de notre pays une maladie aussi désastreuse que l'ophthalmie militaire. Devons-nous ajouter que le nouveau travail de M. Decondé est digne de ses études antérieures sur l'ophthalmie de l'armée et a toutes nos sympathies, et que les moyens qu'il propose nous paraissent fort utiles pour arriver au résultat qu'il se propose? Il faudrait faire plus encore, et sans retard; car plus on attend, plus le mal s'enracine, et plus il sera difficile à extirper.

Une réflexion encore : Quels que soient les soins minutieux que l'on prenne pour n'oublier aucune circonstance à éviter, on risque d'en omettre un certain nombre, parce que les faits n'ont pas attiré l'attention sur quelques particularités qui peuvent cependant avoir une influence assez marquée. C'est ce qui explique la nécessité des formules générales. On doit éviter avec beaucoup de soin toute cause capable d'amener une congestion oculaire. C'est ainsi que dernièrement, dans une chambre de caserne, on a observé que l'ophthalmie de l'armée se montrait chez un grand nombre d'hommes :

cela dépendait de ce que le poêle répandait beaucoup de fumée dans cette pièce. Il a été obvié à cet inconvénient, et le mal n'a pas tardé à disparaître. Dr HENROTAY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CUNIER et ESCOLAR. — *Apuntes acerca del peligro que hay en usar algunos colirios mal formulados ó mal preparados en los casos de ulceras en la cornea;* por el doctor FLORENT CUNIER. Traducido al Castillano por el doctor S. ESCOLAR, médico de los Hospitales generales de Madrid, etc. Madrid, 1845, D. L. Delgras, 8° pp. 16.

(Tel est le titre de la traduction espagnole du mémoire de M. Cunier sur le danger de l'emploi de quelques collyres mal formulés, ou mal préparés, dans les cas d'ulcération de la cornée (*Annales d'Oculistique*, vol. X, pp. 264-277). L'auteur de cette traduction est M. le docteur S. Escolar, médecin des hôpitaux généraux de Madrid, membre de nombre de l'Académie royale des sciences naturelles et de l'Académie de médecine et de chirurgie de la même ville, etc., etc.)

HONOLD (C.). — *Ueber die Erweiterung der Pupille durch Narcotica.* 8° pp. 34, Schw. Hall, Haspesche Buchhdlg, 1844.

HEIDENREICH (F. W.). — *Die subkutane Blepharotomie gegen subakuten Augenlidkrampf und kramphaftes Entropium.* Ansbach, 1844, chez Gummi, 8° pp. 23.

BEGER (J. H.). *Die Kurzsichtigkeit in ihrer Beziehung zur Lebens- und Erziehungsweise der Gegenwart, und als Gegenstand der Staats- und Sanitätspolizei.* Dresden, 1845, chez Arnold, 8° pp. VIII-60.

HEYFELDER. — *Das chirurgische und Augenkranken-Klinikum der Universität Erlangen,* von 4 october 1843, bis zum 30 september 1844. Berlin, 1845. (Extrait du *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*, de MM. de Walther et d'Ammon, vol. III, n° 4.)

(Nous ne connaissons les brochures de MM. *Honold* et *Heidenreich* que par l'annonce des éditeurs. Nous nous occuperons incessamment du mémoire de M. *Beger* et du compte rendu de la clinique chirurgicale et ophthalmologique de M. *Heyfelder*.)

CORRIGENDA.

Les *corrigenda* suivants se rapportent à la première partie du mémoire de M. Sichel, insérée dans notre livraison de janvier :

Pag. 5, lig. 5, au lieu de : *l'abstinence des lunettes*, lire : *l'emploi des.*
» 18, » 24, » *au-delà*, lisez : *en-deçà.*
» 19, » 3, » *préludaient*, lisez : *préludait.*
» 19, » 9 d'en bas, *classes aisées*, lisez : *classes peu aisées.*
» 26, » 13 d'en bas, *aient eu*, lisez : *eussent eu.*
» 26, » 10 d'en bas, *après :* plus faible que le n° 36, ajoutez : *toutefois il conviendrait d'établir des verres* n° 42.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIII. — 2e série. Tome Ier. — 2me livraison.
MARS 1845.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES PREMIÈRES IMPRESSIONS D'UN AVEUGLE-NÉ RENDU CLAIR-VOYANT ; SUIVIES DE CONSIDÉRATIONS SOMMAIRES SUR LA MANIÈRE D'OPÉRER LES CATARACTÉS DE NAISSANCE DE DIFFÉRENTS AGES ;

Par le docteur Duval, Hégésippe (d'Argentan).

Premier article.

Julien Faligot, âgé de 11 ans, demeurant à Antrain, arrondissement de St-Malo (département d'Ile-et-Vilaine), est venu au monde affecté de deux cataractes. Ce malade me fut présenté il y a six ans environ. Ne jugeant pas alors l'opération opportune, j'ai engagé les parents à attendre que cet enfant fût plus développé, et qu'ennuyé de son état de cécité il exprimât le désir d'y voir ; en d'autres termes, d'attendre jusqu'à ce qu'il comprît la valeur de l'opération qu'on devait lui faire et qu'il eût atteint cet âge surtout où l'on pourrait raisonner avec lui des conséquences qu'entraînerait un écart de régime. Je reviendrai tantôt sur les considérations d'un ordre différent qui me firent remettre à une autre époque cette opération.

Le 6 octobre 1840, on réclama de nouveau mon assistance pour ce même petit malade. Quoique bien jeune encore, je le trouvai si résigné que je crus devoir, cette fois, céder à ses supplications : je me décidai donc à lui donner mes soins, et je procédai sur-le-champ à son opération, voulant profiter de l'instant où tout au bonheur d'y voir et à la satisfaction qu'il exprimait d'avoir vaincu ma résistance (qu'il ne concevait pas, disait-il naïvement), il n'avait encore pu ni dû rapprocher du mot opération, l'idée de douleur, idée qui en est inséparable cependant, conséquence qui généralement semble rigoureuse, quoi qu'on puisse dire.

Cette opération n'offrit rien de particulier. Aussi simple que possible, elle consista à ouvrir la cornée transparente, à diviser et à extraire la capsule cristalline ; voilà tout : ces manœuvres ne furent ni accompagnées de douleur ni suivies d'inflammation.

Le crâne de cet enfant était parfaitement développé ; toutefois sa physionomie, image en quelque sorte réfléchie de son intelligence, était sans aucun caractère : sa tête, qu'il balançait sans cesse machinalement à droite et à gauche, et ses yeux roulant continuellement dans leur orbite, lui donnaient une expression d'idiotisme qui n'était au surplus qu'apparente. Intelligent donc, mais d'une intelligence brute, inculte (son éducation, à cause de sa position, ayant été totalement négligée), il me laissa beaucoup à désirer sous le rapport des détails qu'il m'aurait probablement donnés, dans d'autres circonstances, de ses sensations intimes. Quoi qu'il en soit, je pus suivre pas à pas les changements qui survinrent dans ses instincts, ses mouvements, ses habitudes, sa démarche, sa physionomie, et apprécier jusqu'à un certain point l'effet que produisaient sur l'organisme entier l'irruption et le développement d'un sens nouveau et radicalement vierge au milieu de sens que l'habitude avait déjà expérimentés.

Il eût été curieux sans doute et d'un haut intérêt de pousser plus loin l'analyse de ce fait (d'un aveugle-né, adulte, rendu à la lumière), et d'examiner cette question sous ses faces soit philosophiques, soit physiologiques : ainsi, par exemple, de rechercher s'il sera ultérieurement apte à parcourir tous les degrés de la vie sociale ; d'étudier si ce nouveau sens, développé, pourra se mettre à l'unisson des autres sens et arriver jamais à cette unité harmonique qui, dans les conditions ordinaires, constitue la vie physiologique, et, si nous supposons en définitive ce rapport harmonique, de voir si l'on doit admettre que le temps perdu pour l'éducation, non pas seulement morale, mais aussi physique de l'individu, sera jamais rattrapé ; si, en résumé, l'aveugle-né ayant passé douze, quinze ou vingt années de sa vie sans y voir, pourra dans l'espace de quelques mois, disons même de quelques années, sortir du cercle rétréci d'idées dans lequel il aura jusque-là végété, et franchir l'espace immense qui le sépare d'un autre homme du même âge, qui serait exactement dans les conditions cérébrales semblables et qui aurait intégralement joui de toutes ses facultés ; atteindre, en un mot, le but où il fût arrivé s'il n'avait jamais été aveugle.

Ces considérations d'un ordre bien élevé mériteraient certainement

un examen sérieux et approfondi; mais mon intention, dans ce mémoire, n'ayant été que d'exposer dans leur stricte simplicité, sans même tirer aucune conséquence de mes observations, les impressions premières d'un aveugle-né rendu à la lumière, je ne m'en occuperai pas aujourd'hui davantage.

Avant de passer outre, posons comme principes arrêtés : 1° que la faculté de voir étant produite chez un aveugle-né par tels moyens que ce soit, il faut procéder non-seulement au développement de sa vue, mais aussi à l'intuition, à la connaissance de la vision, qu'il ne possède pas; qu'avant de voir donc, il faut qu'il apprenne à voir, absolument comme on devrait enseigner à un sourd-muet de naissance, qui aurait recouvré l'ouïe, à apprécier les différentes intonations, la valeur des différents sons, à parler en un mot : pour voir, encore une fois, il faut savoir regarder ; 2° que les premiers effets de ce nouveau sens acquis ne s'expriment pas chez les aveugles-nés (c'est au moins ce que toujours j'ai observé) par ces élans de cœur, ces cris d'enthousiasme, ces exclamations frénétiques de joie, comme on le suppose communément, mais plutôt par une sorte d'intimidation de l'individu qui semble douter de ses rapports extérieurs, qui paraît comme effrayé d'être dans un milieu qu'il ne comprend pas ; disposition d'esprit qui du reste m'a constamment paru faire place à l'insouciance la plus complète, aussitôt que les malades fermaient les yeux, conséquemment rentraient dans leur cécité habituelle, dans leur état primitif. Ce n'est que par la suite et lorsque leur intelligence est mise en jeu, que les aveugles-nés ont réellement la conscience de leur nouvel état.

Une autre erreur généralement accréditée dans le monde, c'est cette croyance où l'on est que les aveugles-nés sont dans une cécité absolue. Toujours au contraire, et c'est une des conditions exigées pour qu'on puisse les opérer, ils doivent distinguer au grand jour les couleurs vives, le rouge, le jaune, le blanc ; savoir lorsque le soleil est sur l'horizon, ou lorsqu'il fait nuit, etc. Sans donc avoir aucunement, il est vrai, la perception du contour des objets, ils ne vivent cependant pas exactement dans les ténèbres, ils ne sont pas dans une obscurité parfaite.

Pour revenir à mon petit malade, il me parut simplement ébloui les premiers jours qui suivirent la levée de l'appareil mis sur ses yeux, et quoique son lit, entouré de rideaux épais de couleur sombre, le tînt dans un centre obscur, il ne supportait encore cette faible lumière qu'avec peine et n'ouvrait évidemment les yeux que pour

satisfaire à mes injonctions, mais non pour jouir du nouveau sens qu'il venait d'acquérir. A quelques jours de là, quand cette photophobie fut dissipée et que je pus procéder avec quelque suite au développement de sa vue, j'acquis la certitude qu'il distinguait infiniment mieux qu'il ne l'avait fait jusqu'alors les couleurs vives et bien tranchées. Toutefois, un mois et plus après son opération, il se trompait encore sur l'impression qui résulte des couleurs mixtes : ainsi, pour lui, le gris devenait souvent blanc; le jaune doré, rouge; le rose pâle, tantôt rouge, et quelquefois blanc, etc. (1).

Parmi les fleurs, qu'il affectionnait par-dessus tout, c'était aux rouges, aux jaunes, aux bleues, et à celles de couleur éclatante qu'il donnait la préférence.

Voulant savoir s'il comprenait la différence des formes, je plaçai sur une feuille de papier des morceaux de bois peints en rouge, en noir, et en blanc, et taillés en rond, en carré, et en triangle. Sans qu'il lui fût possible de définir clairement ce qu'il voyait, je dus cependant conclure que si ces diverses figures géométriques n'étaient réellement pas appréciées à leur valeur conventionnelle, elles déterminaient une sensation particulière les unes par rapport aux autres; ce qu'il exprimait avec beaucoup d'embarras et autant et mieux peut-être par ses gestes que par ses paroles (2).

Quoi que l'on ait dit de cette question de physiologie, par exemple, que pour juger de la grandeur réelle des objets d'après leur

(1) Nous distinguons les couleurs comme nous distinguons les sons, dit M. Pouillet, sans le secours du toucher; mais nous ne les distinguons pas de prime abord sans exercice ni sans comparaisons. Il faut des expériences souvent répétées pour connaître que le rouge, le jaune et le bleu, par exemple, ne font pas la même impression sur nous.

(2) On conçoit effectivement que la forme des images dépendant absolument de l'étendue des points affectés de la rétine, la simple sensation doit suffire pour nous faire distinguer les unes des autres des formes bornées à de simples surfaces : posons en fait, avant tout, que le jugement que nous portons sur la forme des corps est, d'une part, la suite en partie de la sensation et, d'autre part, de représentations combinées.

Loock et Barclay allèrent évidemment trop loin quand ils prétendirent qu'un aveugle-né qui recouvrerait la vue ne connaîtrait pas plus ce qu'on entend par hauteur, grosseur et proportions, qu'il n'aurait l'idée de la valeur des mots distance et étendue, etc. Mon petit malade ne put donc pas dire, c'est vrai : Voici un cube, et voilà un globe; mais néanmoins cependant ce cube, ce globe furent compris comme deux choses différentes, lui donnèrent la sensation de deux corps de forme diverse, qu'il ne put pas définir, mais qu'il appréciait pourtant évidemment.

grosseur apparente, il fallait savoir combiner des idées acquises de proche et de loin, il est bien certain qu'en cette occurrence l'habitude et le tact n'avaient sous aucun rapport servi à rectifier le nouveau sens dont jouissait cet enfant ; car tout ce qui tombait sous son regard, si l'on en excepte les couleurs éclatantes, était en dehors de ce qu'il connaissait.

Les aveugles-nés apprécient donc jusqu'à un certain point la différence des formes et savent aussi distinguer en quelque sorte la hauteur, la largeur et l'étendue des objets qu'on leur offre à comparer.

Jamais Julien Faligot ne se plaignit de voir doubles ni renversés ces mêmes morceaux de bois rouges, noirs, et blancs, tantôt superposés, quelquefois mis sur une même ligne et dont il indiquait toujours exactement la vraie position.

Il est incontestable que, d'après les lois de l'optique, les images se forment sur la rétine renversées par rapport aux objets qu'elles représentent : les rayons partis du point le plus élevé de l'objet nous paraissent en bas dans l'image, etc. (la position relative des parties de celle-ci reste d'ailleurs la même). Ceci est hors de doute encore une fois ; mais voit-on réellement les images renversées comme elles le sont, ou bien les voit-on droites comme les objets ?

Les images et les particules affectées de la rétine ne faisant qu'un, la question traduite en langage physiologique est celle-ci : Lorsque nous voyons, les particules de la rétine sont-elles senties par nous dans leur relation naturelle avec le corps ? A cette question qu'il se pose, Müller répond : Qu'il en est ici comme du renversement quotidien des objets avec la terre entière, dont on ne s'aperçoit qu'en observant la situation des astres ; et cependant, dit-il, rien de plus certain que dans l'espace de douze heures, une chose qui était en bas par rapport aux astres finit par se trouver en haut.

Volkmann, qui embrasse aussi cette même opinion, prétend qu'il est inutile de rechercher une explication de la vision droite, puisque nous voyons tout renversé et non pas un objet parmi d'autres : Peut-on voir renversé, dit-il, quand rien n'est droit : ces deux idées n'existent-elles pas seulement par opposition ?

Je ne discuterai pas la valeur de cette ingénieuse supposition : notons simplement qu'elle n'est pas généralement adoptée et qu'un grand nombre de physiologistes la rejettent, attribuant la vision droite relativement à ce que nous voyons, non pas à l'image de la rétine, mais à la direction continuée des rayons lumineux ; que

d'autres encore, tournant autour de cette même idée, prétendent que la rétine agit en dehors et qu'elle y reporte les objets en sens croisé, par exemple, dit Bartels, suivant la direction de la perpendiculaire à la rétine, etc.

Quant à la vision simple, on a professé, Gall entre autres, que le moyen le plus facile d'expliquer ce phénomène consistait à admettre qu'on ne voit pas avec les deux yeux à la fois, mais seulement avec l'un et l'autre alternativement.

Relativement à cette question, Müller s'étend longuement sur ce que la vue simple avec les deux yeux n'a lieu, d'après lui, que dans quelques points déterminés de la rétine, qu'il appelle identiques, mais que d'autres points de cette membrane voient toujours double lorsqu'ils sont affectés simultanément. En conséquence de cette proposition de Müller, toutes les fois qu'un objet ne se trouve pas placé dans l'horoptère (1), son image tombe sur des points différents des deux yeux et doit être vue double. « Si les yeux sont tellement placés par rapport à l'objet radieux, dit-il, que des images semblables du même objet tombent sur des parties semblables des deux rétines, l'objet ne peut être vu que simple ; mais dans tout autre cas il doit y avoir des images doubles. Or, la position des deux yeux, eu égard à l'objet, dans laquelle des points identiques de ces deux organes reçoivent de lui une image, est celle dans laquelle les axes des deux yeux se rencontrent sur un même point de l'objet, comme il arrive constamment quand on fixe celui-ci. »

Plus loin le même auteur ajoute : « La vue simple par des points identiques des deux rétines doit avoir sa cause dans l'organisation des parties profondes ou cérébrales de l'appareil visuel, et, dans tous les cas, une cause organique ; car jamais ce n'est une propriété des nerfs pairs, qu'ils rapportent leurs affections à un même lieu. Il est fort invraisemblable aussi que l'idendité des points correspondants des rétines soit la conséquence d'une certaine habitude contractée, ou de l'imagination ; la congruence des deux rétines en un même champ visuel, quelle qu'en puisse être la cause, est bien plutôt la source de toutes les idées qui naissent ultérieurement de la vue simple et de la vue double. »

D'après Newton et Wollaston, ce serait à la distribution particu-

(1) L'horoptère est un cercle dont la corde est la distance des deux yeux déterminée par trois points représentés : 1° et 2° par les deux yeux, et 3° par le point de fixation des axes oculaires.

lière des racines des nerfs optiques dans les deux yeux qu'on devrait rapporter ce phénomène.

Porterfield, posant en fait que nous voyons les objets exactement à l'endroit où ils sont, en conclut que nous devons voir simple avec les deux yeux simultanément.

L'opinion de Rohault est que chaque nerf optique contient absolument autant de fibres que son congénère et que les fibres correspondantes des deux nerfs sont unies dans le même point du sensorium : c'est sur ces données que cet auteur bâtit sa théorie.

D'autres physiologistes en trouvent l'explication dans l'admission d'une commissure transversale sur la ligne médiane du cerveau, entre les fibres identiques des deux yeux,, etc.

Nous terminerons cet aperçu des différentes hypothèses avancées sur la vue simple en empruntant à M. Gerdy les quelques lignes suivantes qui ont trait à cette particularité : « Encore bien, disait en 1840 ce professeur, que chacun des yeux apercevant le même objet dans le champ commun de la vision, en reçoive en apparence une image et une impression semblables ou même identiques, les deux images sont néanmoins un peu différentes entre elles sous le rapport de la situation et de la forme de l'objet qu'elles représentent. Cela tient à ce que les deux yeux étant un peu écartés, ils voient, chacun de son côté, le même objet placé dans un éloignement un peu différent par rapport aux objets placés dans le voisinage. Cependant l'impression est unique : comment l'expliquer ? Or, le phénomène est complexe : il y a un phénomène de vision et un fait d'intelligence. Pour le premier, les objets placés très-loin doivent former une image pareille, car les parties situées par derrière sont sensiblement dans le même rapport pour les deux yeux ; il n'y a de difficulté que pour les cas où l'objet est proche. Eh bien, alors la similitude de l'image et de l'attention, qui ne saurait se partager entre deux objets, décide la question, et l'objet est vu unique. » (Séance du 25 août, Académie royale de médecine.)

Pour en finir avec cette question complexe, c'était certes une erreur dont l'expérience et l'analyse ont fait justice, de croire que l'on voit double et renversé, et que le tact et l'usage seuls peuvent nous donner une idée vraie de la forme des objets. Comme moyen secondaire, le tact et l'usage accélèrent, c'est possible, la connaissance et la distinction des corps qui frappent l'organe de la vue, mais ne rectifient point le sens que représente cet organe, par cette seule raison qu'il n'a pas besoin de rectification, qu'il ne nous trompe pas, comme

à tort on l'a avancé. Chacun de nos sens remplit des fonctions spéciales, a son aptitude particulière, et ce n'est que par une erreur de jugement que l'on a pu demander à l'œil de nous faire connaître non-seulement ce qui constitue un corps, mais encore d'exiger qu'il nous mît à même d'apprécier ce qui est au-delà et en dehors de ce corps, ce qui cesse d'être ce corps. Cette proposition me conduit naturellement à parler de la difficulté qu'ont les aveugles-nés qui ont recouvré la vue, d'apprécier les distances.

Cheselden rapporte que le malade qu'il opéra, et dont il nous a laissé l'histoire, croyait que ce qu'il voyait touchait ses yeux, comme ce qu'il palpait touchait sa peau. Je n'ai point eu l'occasion de noter ce phénomène chez aucun des malades que j'ai pu observer : les seules remarques que j'aie faites relativement à cette proposition, c'est qu'ils étendaient, tous ces malades, absolument l'un comme l'autre, les bras en avant, quelquefois en ligne directe de leurs yeux (obs. de Janin), et souvent les jetaient plutôt instinctivement et au hasard, m'a-t-il semblé, que par suite d'une combinaison réellement comprise ; qu'ils mouvoient leurs doigts, ouvrant et fermant les mains, comme s'ils avaient voulu prendre l'objet qui leur était soumis, objet qu'ils croyaient parfois placé loin d'eux, quoiqu'il fût rapproché, ou, par opposition, qu'ils pensaient devoir chercher et rencontrer dans un rayon voisin, encore bien qu'il fût éloigné et de beaucoup hors de leur portée.

Je ne pourrais certainement mieux comparer ces sortes de mouvements automatiques qu'aux recherches que l'on fait lorsque, les yeux bandés, on espère, en tâtonnant à droite et à gauche, prendre connaissance du lieu où l'on se trouve.

Cette appréciation des distances a toujours au surplus été l'une des difficultés les plus grandes que mes malades, sans exception, ont eu à surmonter dans leur éducation visuelle (1).

(1) Juger de la proximité et de l'éloignement est l'affaire de l'esprit et non de la sensation. Tout objet qui apparaît sous un angle plus petit que celui sous lequel on le voit dans un voisinage immédiat, est jugé éloigné : on juge plus éloigné celui qu'un autre recouvre en partie, ou qui paraît plus petit relativement qu'il ne devrait le sembler s'il était placé à la même distance que les autres objets. Ce jugement s'acquiert, et ce n'est point une faculté innée, du moins chez l'homme. Pour l'enfant, tout se trouve à la même distance : il cherche à saisir la lune aussi bien que les corps les plus rapprochés de lui. (*Physiologie du système nerveux* ; par Müller : *continuation* par Burdach.)

Une difficulté non moins grande se trouve aussi dans l'embarras qu'éprouvent ces malades à pouvoir diriger convenablement leurs yeux sur l'endroit qu'ils veulent voir et qu'ils cherchent de tous côtés, tournant la tête à droite et à gauche, en haut, en bas, partout; et cela jusqu'à ce que par hasard l'objet de leurs désirs se présente à leurs yeux. De là cet air indécis qu'ils ont dans leur habitude extérieure, et qui ressort davantage encore lorsqu'ils se débattent vaguement dans l'espace, comme nous venons de le dire (1).

Souvent il m'est arrivé, pour m'assurer qu'il comprenait les mouvements des corps, (je reviens à Julien Faligot), de placer à quelques pas de lui une orange, qu'au moyen d'un fil je traînais et lui faisais poursuivre dans toutes les directions en l'engageant à la prendre.

Ce même corps suspendu en l'air et agité de manière à simuler, d'après l'impulsion qui lui était donnée, le mouvement d'une pendule, ce même corps, dis-je, était pareillement vu, suivi dans ses balancements, et saisi; voici comment : Après avoir tenté, mais inutilement, de le suivre dans la totalité du mouvement, l'enfant finissait par observer la périodicité du retour, et alors essayait et réussissait d'ordinaire, après quelques essais, à l'arrêter au passage.

(1) Si l'objet est trop rapproché de l'œil, il projette sur la rétine des cercles de diffusion d'une trop grande étendue : s'il est trop éloigné, l'angle optique est trop fermé; dans l'un et l'autre cas, l'image est perçue, mais mal perçue. C'est donc seulement en hésitant qu'on arrive à la distance exacte de la vision distincte, évaluée de deux à dix pieds pour la majorité des hommes. Cette distance est très-variable au surplus, et change chez le même individu en raison de la puissance plus ou moins réfringente des milieux transparents de l'œil. Mais laissons de côté cette proposition incidente pour rentrer dans la question dont nous nous occupons, et ajoutons que pour avoir une perception nette des objets, il faut encore plusieurs conditions, telles qu'une quantité suffisante de lumière, par exemple (par défaut ou excès de lumière on n'aura qu'une perception difficile et toujours confuse de l'image); puis encore une position calculée de la rétine, qui doit se trouver juste à la distance focale de l'image; de plus l'ajustement de l'œil aux différentes distances nécessaires pour que l'on puisse avoir une perception nette des objets, étant en quelque sorte subordonnée (d'après Plateau, M. Pouillet et la plupart des physiciens modernes) à la volonté de l'individu, soit qu'il veuille voir loin ou près; qui réclame également une longue habitude pour avoir sa valeur physiologique et réellement être appréciée, etc., etc. En résumé, la perception nette des images tient à plusieurs conditions qui toutes ne peuvent qu'être les conséquences de l'habitude, ou, si l'on veut, de l'éducation; et quant à l'appréciation des distances, elle n'est également que l'effet de l'habitude et de l'éducation, que le corollaire, en définitive, de la connaissance des conditions de la vue distincte que nous venons d'énumérer.

J'ai parlé de son goût de prédilection pour quelques couleurs; cette préférence s'étendait également aux formes. Ainsi jamais dans son choix, selon mes idées, je ne le vis se tromper lorsque je lui demandais son avis sur la figure des personnes qu'il avait été à même d'examiner et de comparer entre elles : pour lui, telle figure était jolie, telle autre laide; point de terme moyen, sans cependant qu'il sût rien des détails et qu'il ne connût alors que l'ensemble de la figure.

La question prise d'un point de vue plus élevé, disons qu'en toute occasion il donna la préférence aux corps de formes regulières, arrondies et polies.

Trois semaines après son opération, quoique je me fusse occupé sans relâche de l'éducation visuelle de cet enfant, ses connaissances acquises jusque-là de la forme des corps, même de ceux à son usage, qu'il voyait et touchait à tout moment, se réduisaient à peu de chose et avaient conservé ce cachet de doute et d'hésitation qu'on aurait pu, c'est possible, à tort du reste, traduire autrement. Une clef et un couteau, par exemple, de pareille grandeur, placés sur une table à côté l'un de l'autre, étaient parfaitement distingués et énoncés sans que jamais il se trompât; mais s'ils étaient réunis et mêlés à d'autres objets de couleur identique et d'apparence à peu près semblable, des ciseaux, une cuillère, je suppose, eh bien, quoiqu'il vît très-distinctement cette masse de choses, prétendait-il, il ne pouvait plus rien positivement reconnaître.

Sa main, qu'il trouvait, avec tant de naïveté, si jolie, si belle et si blanche, la première fois que je la lui fis examiner, cessait de lui appartenir si je venais à rapprocher mes mains des siennes, sans lui permettre de mouvoir ses doigts; en d'autres termes, il ne savait plus reconnaître sa main et se perdait dans cette confusion de doigts.

Je le trouvai souvent abattu et découragé, désespérant de pouvoir jamais sortir de ce conflit de lignes et de formes qui s'embrouillaient dans sa mémoire en se mêlant les unes aux autres, et dont l'une semblait lui faire oublier l'autre.

Pourquoi, ne cessait-il de me répéter, ne puis-je pas distinguer tout d'abord par la vue ce que je retrouve si aisément dans ma mémoire par le toucher (1)?

(1) Ce n'est que sur mes observations réitérées et longtemps après qu'il y voyait, cédant en cela sans doute au peu d'exercice de sa vue et à l'influence de l'habitude, qu'il s'arrangea de manière à regarder les objets nouveaux qu'on voulait lui faire voir en même temps qu'il cherchait bien plutôt de prime abord à en prendre connaissance avec ses mains.

Partant de cette idée, j'eus toujours l'attention de lui mettre dans la main chaque chose nouvelle que je lui fis voir, de manière à ce qu'il coordonnât les données que lui fournissait le sens de la vue et pût comparer et combiner ces données avec les idées qu'il avait coutume d'acquérir par le toucher.

Un de mes autres opérés, Armand Gouley, né à Condé-sur-Noireau, qui, avant son opération, avait le sentiment des moindres coins et recoins de cette ville qu'il parcourait admirablement dans tous les sens, sans aide et sans jamais se tromper ni se heurter, se perdait au contraire et s'égarait à chaque instant les premiers mois qui suivirent son opération et lorsqu'il y vit : il fermait alors les yeux, moyen assez bizarre mais rationnel d'ailleurs en cette occurrence, touchait à droite et à gauche, et, sa mémoire lui venant en aide, il finissait par se reconnaître et continuer son chemin.

Ce même individu, rendu à la lumière, ne retrouvant qu'imparfaitement en realité quelques-unes des formes qu'il avait rêvées, était fort inquiet de savoir comment serait une jeune fille de son pays à laquelle il était fiancé et qu'il ne connaissait que d'après la comparaison qu'il avait faite de son nez, de sa bouche, de l'ovale de sa figure, avec ces diverses parties de son propre individu. « Mes idées sur ce que l'on est convenu d'appeler le beau idéal, me disait-il, sont tellement bouleversées, que cette jeune fille que j'ai jusqu'ici crue jolie, parce qu'elle a, d'après mes points de rapports, une suite de lignes régulières, pourrait ne pas l'être cependant s'il n'y a pas d'harmonie entre cette régularité de traits, dont je ne suis plus maintenant sûr mais que je veux bien lui supposer, et le caractère que doivent prendre ces traits lorsqu'ils sont animés et lorsque vient à surgir ce que l'on nomme l'*expression !* »

Les idées que prend l'aveugle par le toucher, comme l'a observé Morand, l'amènent donc à se créer des figures qu'il compare avec des points de rapports palpables; mais ces créations n'en restent pas moins, dans la vérité de l'acception, une conception propre à l'individu ; conception indécise et mal définie, ou plutôt si peu définie, qu'il ne peut avoir une idée arrêtée d'aucun corps quel qu'il soit. Tel était bien ainsi le malade dont je viens de parler. J'ai déjà pris pour exemple un globe : reprenons cette citation, et répétons qu'il ne saura pas reconnaître un globe d'avec un cube, qu'il ne pourra pas distinguer un triangle d'avec un cercle, mais que seulement il verra une variété de formes sans comprendre autrement que je l'ai dit cette variété de formes et de contours.

Si, les premiers jours après la levée de l'appareil de mon petit malade (Julien Faligot), je ne recueillis rien de ses impressions, que de la crainte, de l'hésitation et de la timidité, plus tard son âme s'ouvrit au bonheur comme ses yeux l'avaient été à la lumière; et à ses exclamations, à l'étonnement, à la surprise qu'il manifestait, on ne pouvait certes pas se méprendre sur sa joie et le bonheur qu'il ressentait. En apprenant à tout connaître, à tout voir, il ne voulut plus s'en rapporter à lui du soin de se créer l'objet dont on lui parlait, mais il s'étudia à réellement le voir.

« En face de toi, c'est la mer, lui disais-je un jour; vois. » — « Oh! mon Dieu, s'écria-t-il, que c'est beau! » — « Si tu lèves la tête et regardes, lui dis-je un autre jour, tu vas voir le ciel. » — Ce jour-là il resta muet, fit le signe de la croix, pleura, et resta dans une sorte d'extase en contemplant les nuages : une des sœurs religieuses, qui l'avait pris en amitié, lui demanda à quoi il pensait : « A Dieu, » répondit-il. Chaque jour ce furent de ces scènes de cœur et d'attendrissement. Cet enfant, sans me rendre compte autant que je l'aurais désiré de cette ère nouvelle qui s'ouvrait devant lui, comprenait cependant le changement radical qui s'était opéré en son être : l'immensité qui sépare l'homme qui n'a jamais vu, de l'homme qui y voit. — « Bientôt sans doute, me disait-il, je pourrai vous donner une analyse mieux détaillée de cet enchevêtrement d'idées qui me débordent; aujourd'hui, non : c'est le chaos. Je vois tout; mais j'ignore ce que je vois : je n'éprouve que de la fatigue, je ne pense à rien. »

Le hasard le plaça devant une glace : après l'avoir examinée attentivement en haut, en bas, de face et surtout par derrière; après s'être vu, lui, et très-complaisamment considéré, sans qu'il sût ou comprît ce qu'il voyait, sinon que c'était une figure en mouvement, il devint ivre de joie lorsqu'il apprit que cette image était la reproduction fidèle de sa figure.

Je lui mis sous les yeux un portrait en miniature de Napoléon, qu'il admira avec autant de plaisir, mais sans qu'il pût comprendre plus qu'il ne concevait la théorie de la réflexion des rayons lumineux pour la glace, l'habileté de l'artiste qui avait pu réduire les dimensions d'un corps de grand volume et le ramener à des proportions aussi minimes.

Il prenait toujours en mauvaise part les moindres paroles qui tendaient à douter de l'excellence de sa vue : s'il se trompait lorsqu'on l'engageait à désigner tel ou tel objet, et que l'on s'étayât de son erreur pour mettre en question cette bonne vue qu'il prétendait

avoir et dont il paraissait si fier, c'était alors une moue fort ingénue à laquelle on mettait promptement fin, du reste, en lui faisant voir les choses sur le nom desquelles il ne se trompait plus.

Lorsqu'il quitta l'hôpital, il connaissait tout à fait bien les couleurs, passablement les nuances, et savait à peu près le nom de tous les meubles au milieu desquels il vivait. Ses idées sur les distances étaient encore vagues et indécises : cette difficulté notée pour diriger ses yeux existait également, à un degré moindre cependant. Ainsi, lorsqu'il voulait regarder un objet, que cet objet lui fût connu ou étranger, s'il lui était présenté et qu'il ne l'eût pas d'abord touché, ce n'était qu'après des efforts pénibles et des recherches longtemps infructueuses dans tout l'orbe de sa vue, qu'il parvenait à le trouver et à le voir.

Son état physique se ressentit évidemment, dès les premiers temps de vue, de sa nouvelle disposition : sa démarche devint ferme, l'expression morne et stupide de son visage se changea en un air riant et gai ; il apprit à se servir de sa cuillère, de sa fourchette, de son verre, en un mot, à manger et à boire d'une manière assurée, ce qu'il n'avait pas fait jusqu'alors ; il avait cessé de porter sa tête de côté et d'autre, et perdu l'habitude de se balancer continuellement.

Il partit cinq semaines après son opération, convaincu, le pauvre enfant, que sa vue allait s'améliorer au logis paternel où tout lui était connu et familier, et faire des progrès plus rapides qu'à l'hôpital, où il était chaque jour distrait par un nombre incessant de visiteurs qui à tout moment le dérangeaient de ses contemplations favorites : nous n'en avons pas depuis lors entendu parler.

DES LUNETTES ET DES ÉTATS PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LEUR USAGE IRRATIONNEL;

Par le docteur Sichel.

Leçons cliniques recueillies par le docteur Debout.

(suite. *Voir notre dernier numéro,* pp. 49-64.)

§ XV.—*Quelques mots sur l'emploi des lunettes dans l'amaurose en général.*—C'est l'amblyopie presbytique sans doute, et surtout ses plus hauts degrés, qui ont donné lieu, dans ces derniers temps, à l'emploi

des lunettes comme moyen curatif de l'amaurose, moyen conseillé d'abord empiriquement par le charlatanisme qui en a fait un abus pernicieux. Il y a plusieurs années, un opticien ambulant a fait quelque bruit en prétendant guérir toutes les maladies oculaires à l'aide de lunettes convexes, en général très-fortes et confectionnées par lui, auxquelles il attribuait des qualités particulières. Le croyant d'abord instruit et de bonne foi, j'observai attentivement sa pratique et lui adressai même plusieurs fois des malades ; mais bientôt je m'aperçus que son assurance n'était qu'un charlatanisme effronté, que ses lunettes n'avaient rien de particulier, et que ses guérisons, dues au hasard, avaient plus particulièrement lieu dans les cas où la presbytie était en jeu, et n'étaient pas plus fréquentes que celles que j'avais obtenues auparavant par l'emploi rationnel des verres convexes. Souvent aussi, par l'usage trop prolongé de numéros excessivement forts, conseillé par cet opticien, et plus tard par un charlatan diplomé qui s'est emparé de sa méthode, je vis survenir des effets fâcheux et irréparables. M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, vol. VII, p. 87) a, dans la suite, adopté avec succès cette manière d'employer des lunettes convexes comme moyen curatif de l'amaurose, tout en les mettant en usage dans des espèces fort différentes et sans rechèrches préalables sur la portée de la vue. Il semble expliquer leur action par l'excitation qu'elles doivent porter sur la rétine, dont elles réveillent la sensibilité en y concentrant les faisceaux lumineux. Cette circonstance peut certainement concourir à amener des résultats avantageux dans les asthénies de l'organe immédiat de la vision ; mais elle ne peut, à elle seule, rendre compte de tous les changements favorables produits par les verres convexes. S'il en était ainsi, leur emploi devrait se montrer aussi utile chez les myopes ; or, l'expérience prouve le contraire. Selon moi, cette méthode ne s'applique en réalité qu'à l'amblyopie et à l'amaurose, quand elles sont la suite de la presbytie, ou qu'au moins elles existent sur des presbytes ; encore a-t-elle besoin, pour être vraiment utile, de modifications particulières, et surtout de celle de ne pas commencer par des verres d'une courbure considérable, tant que le malade peut encore lire avec des numéros beaucoup plus faibles. Il y a bien longtemps, qu'agissant d'après les principes ci-dessus exposés, je tiens compte, dans le traitement de l'amblyopie et de l'amaurose, du foyer primitif de la vue et me sers des lunettes comme d'agents thérapeutiques auxiliaires dans le traitement de ces affections. J'avais de bonne heure reconnu que cette question a été trop peu étudiée médicale-

ment, autant sous le rapport de l'hygiène que sous celui de la thérapeutique, et qu'on l'a trop légèrement et trop généralement abandonnée au jugement souvent arbitraire des opticiens. Il y a dix ans environ que je consacre un jour par semaine (le vendredi), à ma clinique, à l'étude des affections dans lesquelles les moyens de réfraction artificielle jouent un rôle relativement au diagnostic, à la diététique ou à la thérapeutique oculaires, et que je fais, en présence de mes auditeurs, les expériences nécessaires pour déterminer la portée de la vue et la nature des affections qui, sous certaines conditions, en tirent leur origine. MM. J. Ansiaux, Beger, Bouchacourt, Cunier, Hairion, Lee, Lenoir, Pétrequin, Pirogoff, Sperino, et un grand nombre de médecins et de chirurgiens marquants de la France et de l'étranger, qui ont assisté à mes leçons cliniques, peuvent attester quelle attention j'ai donnée depuis longtemps à ce point important et trop négligé. Je n'ai pas cru devoir imiter certains chirurgiens qui, ridicules opposants contre tout ce qui peut ressembler à une spécialité, et néanmoins exclusivement enfermés dans le cercle de la chirurgie mécanique et *opérative*, croiraient déroger en s'occupant d'études en apparence si étrangères à l'art de guérir. Quant aux affections de la rétine, j'ai été de bonne heure frappé par l'observation des modifications que les différences dans la portée naturelle de la vision impriment aux symptômes. Ainsi, dans l'amblyopie chez les presbytes, les objets peu volumineux sont d'abord mieux perçus en les éloignant plus ou moins; la vue reste encore assez bonne à distance, lorsque déjà elle est considérablement affaiblie pour la lecture, l'écriture et toute espèce de travail sur de petits objets rapprochés : dans ces cas, la vision est notablement secondée et amendée par l'usage de verres convexes. Ce n'est qu'avec le progrès de la maladie qu'elle se raccourcit considérablement : souvent alors les malades se croient devenus myopes, mais voient encore mieux avec les mêmes verres. A une époque plus avancée, les lunettes ne produisent plus un effet très-avantageux, et finalement, quelle qu'en soit la force, elles ne sont plus d'aucun secours. Alors l'amaurose devient complète et souvent incurable. Chez le myope, au contraire, la vue, en s'affaiblissant, commence de bonne heure à se raccourcir davantage. Des verres convexes ne lui facilitent la perception des corps de petites dimensions que lorsqu'il les place très-près des yeux; ils n'agissent donc que palliativement, comme loupes ou verres grossissants, en augmentant le volume apparent des corps, et en même temps en stimulant la rétine par une lumière con-

centrée. Par cette raison, tout malade atteint d'amblyopie ou d'amaurose incomplète voit mieux dans les premières périodes de la maladie avec des verres convexes ; mais il faut qu'il place les objets à une petite distance : s'il est myope, l'usage de ces agents peut lui devenir nuisible, en surexcitant la membrane nerveuse par une lumière trop vive et par l'épuisement que le travail produit dans l'organe déjà affaibli. Ces faits, qu'on est à même de vérifier journellement, m'ont bientôt porté à conclure que, dans les amauroses sur les presbytes, l'usage des lunettes doit être utile, et cela d'autant plus que les causes de l'affection sont plus locales, c'est-à-dire, qu'elle n'est produite que par la fatigue de l'organe de la vue. C'est ainsi que je suis parvenu peu à peu à me fixer sur le diagnostic et le traitement rationnel de l'amblyopie par presbytie, traitement auquel je n'ai pas trouvé de grands changements à faire, après avoir connu la pratique suivie d'abord par l'opticien en question, et plus tard par M. Cunier. En effet, j'ai rarement eu besoin de recourir à des lunettes très-fortes : ce n'est que dans les amblyopies presbytiques très-avancées ou passées à l'état d'amaurose, dans les presbyopies extrêmes et dans les cas d'inégalité du foyer des deux yeux, qu'il peut être utile de commencer par des verres plus puissants et de descendre aux plus faibles, lorsque le malade, pressé de travailler, n'a pas le temps de suivre la marche inverse, ou que cette dernière n'a pas réussi. Celle-ci, selon moi plus rationnelle et plus utile, consiste à commencer par la cessation de tout travail, à exercer les yeux sur des objets distants pour rétablir le foyer normal, et enfin à employer les lunettes les plus faibles possible, en prenant encore le soin d'éloigner beaucoup les objets. Lorsqu'on croit devoir recourir aux lunettes fortes, l'expérience m'a prouvé que plusieurs des principaux préceptes donnés par l'opticien ambulant qui les a prônés doivent être repoussés comme erronés et nuisibles. C'est ainsi qu'on avait posé en règle de choisir des verres très-bombés et d'enjoindre aux malades de lire très-assidûment, jusqu'à dix heures par jour. Les victimes de ces funestes conseils ont été nombreuses. Pour être sûr de ne point nuire à sa faculté visuelle déjà si fortement compromise, le malade amblyopique, amaurotique, ou excessivement presbyte, choisira donc, parmi les numéros forts, le numéro le plus élevé avec lequel il voit encore nettement et sans fatigue, en éloignant modérément le livre, qui doit être imprimé en gros caractères. Toutes les cinq à dix minutes, on suspendra la lecture : dans les intervalles, on ôtera les lunettes pour

porter les regards sur des objets éloignés. On ne lira que quelques heures par jour, et on exercera beaucoup la vue non armée à distance. Jamais le malade, pendant ou après la lecture, ne devra ressentir de la fatigue ou même le pressentiment de la fatigue des yeux. Tous les moyens locaux et généraux rationnellement indiqués seront d'ailleurs associés à l'emploi des lunettes qui seules sont le plus souvent insuffisantes. Quant aux myopes, je leur crois les verres convexes absolument nuisibles. Parmi les personnes affectées d'amblyopie plus ou moins avancée que j'ai guéries ou vu guérir avec leur aide, je n'ai rencontré que des presbytes : je doute fort qu'on puisse fournir la preuve authentique d'une cure obtenue sur un myope par cette méthode. Je reviendrai plus tard sur ce point, en parlant de l'emploi des verres concaves dans l'amblyopie chez les myopes.

§ XVI. — *Des variétés de l'amblyopie presbytique.*—L'amblyopie par presbytie s'est souvent présentée à nous sous des formes particulières entourées de beaucoup d'obscurité, mais qui toutes reconnaissent pour cause principale la diminution plus ou moins considérable du pouvoir d'accommodation. Quelque isolées que soient nos observations, aucun auteur n'en ayant rapporté de semblables, et quelque incomplètes que doivent par conséquent être nos connaissances sur ces affections, nous essayerons néanmoins de les décrire. Espérons que des études ultérieures jetteront plus de lumière sur un sujet d'une aussi haute importance pratique.

§ XVII. — *D'une variété de l'amblyopie presbytique dans laquelle les malades ne voient pas mieux avec des lunettes qu'à l'œil nu.* — On rencontre quelquefois, dans les circonstances qui d'ordinaire donnent naissance à l'amblyopie presbytique, des personnes atteintes d'un trouble visuel analogue, mais cependant différent sous un rapport essentiel. Sans cesser de voir avec la même netteté les objets distants, elles ne peuvent plus ni lire, ni écrire, ni travailler sans difficulté et sans fatigue; après une certaine durée de l'affection, elles sont même forcées de renoncer à ces occupations. Malgré la portée primitivement longue de leur vue, elles ne sont pas soulagées par l'usage de verres convexes avec lesquels elles ne voient pas mieux et même voient moins bien qu'avec les yeux nus. En recherchant les causes de cette inefficacité des verres collectifs, on trouve que ces malades auraient dû y recourir depuis longtemps, et qu'ils ont continué à travailler à l'œil nu au-delà de l'époque sanctionnée par l'expérience. L'ignorance des lois hygiéniques, chez les femmes aussi, la coquetterie et la crainte de se vieillir, font que bien des

presbytes dépassent de beaucoup le moment opportun pour l'usage des lunettes les plus faibles. Forcés d'exercer continuellement la faculté d'accommodation, toujours plus ou moins limitée chez les presbytes, ils finissent, au bout d'un certain temps, par affaiblir ou perdre totalement cette faculté et par altérer leur foyer visuel naturel. Leur vue se raccourcit, se fatigue, se trouble, ne suffit plus pour les travaux minutieux, et en même temps ne peut plus s'adapter à la distance focale des lunettes, qui ne leur sont d'aucun secours.

Le traitement de cette variété ne diffère pas essentiellement de celui de l'amblyopie presbytique, sauf que le repos des yeux et l'exercice de la vue sur de gros objets distants doivent être continués beaucoup plus longtemps avant qu'on ait recours aux lunettes, afin de faire cesser l'état d'accommodation forcée et permanente auquel le malade a soumis son œil pendant ses occupations. Il emploiera quelques-uns des topiques excitants conseillés contre l'amblyopie presbytique. Au bout de quelque temps de cet exercice et de l'emploi de ces moyens, il s'habituera peu à peu à l'usage de verres convexes très-faibles, tels que le n° 96; encore, tout en se servant de ces lunettes, doit-il éloigner beaucoup les objets. Souvent on ne parvient plus à l'accoutumer aux lunettes proportionnées à son âge et à la portée primitive de ses yeux; on est forcé alors de lui accorder des numéros beaucoup plus forts. La difficulté de se servir de verres convexes avant la guérison tient ici le plus souvent à ce que le malade, ayant déjà travaillé trop longtemps sans lunettes et à un foyer plus court que celui qui lui est normal, commence à contracter une myopie acquise, affection dont nous parlerons plus tard et dont l'étude peut jeter de la lumière sur la variété de l'amblioypie presbytique qui vient d'être esquissée. Ajoutons que cette dernière, lorsqu'elle a existé longtemps sans avoir été traitée, peut passer par degrés à l'état de myopie acquise véritable. Lorsqu'elle est déjà accompagnée d'un commencement de celle-ci, elle n'est pas difficile à expliquer. Il en est autrement lorsque la netteté de la perception des objets distants n'a encore subi aucune atteinte, cas dans lequel l'état actuel de nos connaissances sur le pouvoir d'accommodation ne nous fournit point encore toutes les données nécessaires pour une explication satisfaisante; — car si l'accommodation constante à une petite distance pendant le travail finit par lier la portée visuelle à cette distance et par l'empêcher de s'ajuster au foyer des lunettes, comment ne limite-t-elle point en même temps

la faculté d'ajustement de la vision aux corps volumineux et éloignés? Nous soumettons ce problème aux méditations des physiologistes, en nous bornant à garantir l'exactitude des faits observés.

§ XVIII. — *De deux variétés de l'amblyopie par presbytie qui se développent rapidement.* — 1. D'après ce qui a été dit, l'amblyopie par presbytie suit d'ordinaire une marche plus ou moins lente. Il en existe toutefois quelques variétés, qu'à la vérité je n'ai jusqu'ici observées que rarement et qui diffèrent peu entre elles, dans lesquelles les symptômes se développent rapidement et parfois même d'une manière soudaine.

Chez les adultes, après des travaux fatigants et prolongés sur de petits objets rapprochés, la vue peut quelquefois s'altérer tellement et en peu de temps, par suite de la continuité et de l'intensité de l'exercice de la faculté d'accommodation, plus limitée chez les presbytes, que les malades cessent de pouvoir travailler sans lunettes convexes. Ils croient d'abord avoir entièrement et presque subitement perdu la vue, et ils sont étonnés de la recouvrer en ayant recours à ces lunettes qui presque toujours, pour leur rendre ce service, doivent être d'un numéro très-fort. Ils ne distinguent point en général beaucoup moins bien les objets distants; cependant un examen attentif prouve qu'assez souvent la portée de leur vue a diminué même sous ce rapport. Il y a peu de temps, j'ai vu un Polonais émigré, qui, ayant embrassé l'état de compositeur typographe et s'étant livré à un travail excessif et prolongé dans cette profession, malgré la portée très-grande de sa vue, a éprouvé d'une manière presque soudaine un affaiblissement considérable de la vision qui le mit hors d'état de lire aucun caractère à une distance quelconque. Avec des verres convexes n° 15, il pouvait néanmoins lire assez couramment un caractère ordinaire. Je ne m'explique point encore parfaitement les faits de cette nature, que je signale à l'attention des médecins et des opticiens : ils sont excessivement rares, tandis que la presbytie convertie en myopie, avec ou sans amblyopie, comme nous le verrons bientôt, est beaucoup plus fréquente et facile à expliquer. Le traitement à recommander est à peu près le même ici que dans l'amblyopie presbytique ordinaire. Le repos des yeux sous le rapport du travail, l'exercice de la vue sur des objets distants pour rétablir le pouvoir d'accommodation perdu, les fomentations froides, les liniments spiritueux et stimulants, les vapeurs excitantes dirigées vers les yeux, etc., sont les moyens que l'on peut conseiller. Il serait dangereux d'accorder aux malades des

verres aussi forts que ceux que leur vue exige lorsque cette affection est complétement développée. En suivant la marche indiquée, et en ne leur permettant l'usage de lunettes appropriées qu'au bout d'une cessation de travail plus ou moins prolongée et après l'exercice méthodique et longtemps continué de la vue sur des objets distants, il est probable que dans la plupart des cas on peut parvenir à les mettre en état de reprendre leurs occupations habituelles à l'aide de verres beaucoup plus faibles.

2. Ce paragraphe était déjà rédigé, lorsque nous avons observé un cas de cette espèce qui mérite d'être rapporté.

Le 20 décembre 1844, il se présenta à la clinique de M. Sichel un fabricant de tissus de caoutchouc, âgé de 50 ans, qui, il y a trois ans, après s'être livré assidûment à la lecture pendant trois jours consécutifs dans une chambre assez obscure, cessa tout d'un coup de pouvoir lire. Bien que sa vue eût également perdu beaucoup de sa netteté pour son travail habituel, cependant il pouvait encore s'y livrer : aussi ne l'a-t-il pas discontinué jusqu'à présent. On l'avait traité pour une amaurose, en lui ordonnant des saignées, des purgatifs, des vomitifs, des vésicatoires, etc. Après avoir écouté ce récit, M. Sichel demanda au malade s'il avait employé des lunettes. Jamais il n'en avait essayé, ni avant ni après l'invasion de la maladie ; personne n'avait songé à les lui conseiller. Pour arriver au diagnostic de la maladie, une seule question était encore nécessaire : celle de savoir quelle avait était la portée primitive de la vue et quelle était au juste l'altération qu'elle avait subie sous ce rapport. Le malade, interrogé sur ce point, répondit que sa vue, très-longue autrefois, avait perdu un peu de sa netteté pour les objets éloignés, sans qu'il eût cependant cessé de les voir à une assez grande distance.

Il n'en fallait pas davantage pour faire diagnostiquer au professeur une amblyopie par presbytie, guérissable seulement par les moyens que nous avons indiqués. A l'âge de 47 ans, époque où depuis longtemps il aurait dû se servir, pour le travail et la lecture, de verres convexes d'un numéro faible, cet homme s'était livré, sans lunettes, à une lecture assidue ; et cela à une lumière très-faible, pernicieuse aux presbytes. L'amblyopie presbytique survint subitement et à un degré si marqué que le malade cessa tout d'un coup de pouvoir lire. Si dès l'invasion de la maladie on lui eût fait essayer des lunettes convexes convenables, la faculté de lire aurait probablement été rétablie à l'instant même, et l'on aurait pu reconnaître à

ce caractère la cause unique de l'affection : la presbytie. Celle ci ayant été méconnue, un traitement énergique et fort gênant a été longtemps employé sans le moindre succès, et l'affection pendant trois ans a pu jeter des racines profondes et arriver à une époque où elle doit être regardée comme invétérée. Les chances d'une guérison complète, ajoutait M. Sichel, seront d'autant plus grandes que le malade pourra encore lire avec des lunettes plus faibles. Essayons d'abord le n° 20 : si avec ce numéro il lit un gros caractère, le pronostic sera favorable, malgré la longue durée de l'affection. Il le deviendra davantage si le malade lit encore avec des verres plus faibles. Mais après avoir si longtemps négligé l'usage de verres convenables, il est probable qu'il sera toujours forcé de se servir de lunettes beaucoup plus fortes que celles qui correspondraient à son âge, s'il avait commencé à s'en servir en temps utile.

Après avoir d'abord essayé la vue non armée et avoir constaté qu'il était incapable de reconnaître une seule lettre de cinq à six millimètres de hauteur, on fit mettre au malade des verres convexes n° 20, avec lesquels il lut immédiatement et très-couramment le même caractère. Il le lut encore facilement avec le n° 48, à l'aide duquel il put même lire, bien qu'avec quelque difficulté, une ligne d'un caractère des trois quarts plus petit, c'est-à-dire d'un peu plus d'un millimètre de hauteur. D'après cela, il aurait peut-être suffi d'ordonner tout simplement à ce malade de se servir, pour la lecture d'un gros caractère, de verres du n° 48, et, pour le travail, du n° 72 ou 80; mais pour obtenir le meilleur résultat possible, le traitement suivant fut prescrit :

Suspendre entièrement le travail pendant un mois ou au moins pendant quinze jours. Pendant ce temps, exercer beaucoup la vue sur de grands objets distants sans se servir de lunettes à foyer et en n'employant des verres sans numéro, légèrement azurés, qu'à la très-vive lumière ou par un temps de neige. Fomentations d'eau froide additionnée d'une cuillerée d'eau-de-vie par verre. En outre, le malade ne présentant aucun symptôme de congestion cérébro-oculaire, il emploiera trois fois par jour le liniment d'alcool de romarin, selon la formule rapportée plus haut.

Au bout du temps indiqué, il recommencera son travail habituel, tantôt à l'œil nu et en éloignant beaucoup les objets, tantôt à l'aide de verres convexes du n° 80, en plaçant les objets à une distance un peu moins grande que lorsqu'il ne se servira pas de lunettes. Toutes les cinq à dix minutes, il interrompra le travail pour porter les yeux

nus sur de grands objets distants. En outre, se promener beaucoup au grand air et regarder au loin. Après avoir observé ces règles pendant plusieurs mois, de manière à ramener par degrés la vue à sa portée primitive ou à peu près, le malade pourra commencer à s'exercer plusieurs fois par jour, pendant quelques minutes, à la lecture d'un caractère moyen, en se servant de verres convexes du n° 60, 54, ou 48. On peut regarder comme certain qu'il parviendra, s'il a assez de patience pour ne pas vouloir trop hâter l'emploi des lunettes, à pouvoir se servir, pour la lecture, du n° 54, qui est celui qui correspond à peu près à son âge. Il reste au moins constant qu'il a été instantanément délivré de l'inquiétude où l'avaient jeté une erreur de diagnostic et un traitement irrationnel et inutile; qu'il peut même, s'il le désire, lire et écrire dès à présent avec des lunettes que la plupart des opticiens et des oculistes regardent comme faibles pour son âge.

3. Une seconde variété assez semblable à la précédente et qui exige le même traitement, sauf l'emploi des lunettes, s'observe quelquefois chez les enfants presbytes auxquels on a trop tôt permis de s'appliquer assidûment à la lecture, à l'écriture, à la couture ou à d'autres travaux minutieux. Ici aussi la vision s'affaiblit beaucoup plus promptement et plus considérablement que dans l'amblyopie presbytique ordinaire, plus lentement toutefois que dans la variété qui vient d'être signalée : les malades finissent par ne plus pouvoir ni lire, ni écrire, ni travailler. Malgré cela, leur vision reste le plus ordinairement parfaite pour les gros objets distants. Lorsqu'on n'a aucune notion sur le foyer visuel primitif de pareils individus, on est souvent très-embarrassé pour trouver la nature et les causes de cette variété d'amblyopie qui est exempte, comme la précédente, de toute complication congestive. Elle ne paraît point s'en distinguer autrement que par l'âge des individus affectés, par l'invasion moins rapide, à cause des occupations moins assidues, et par la circonstance que sur des individus si jeunes, la vision, pour pouvoir s'exercer sur de petits objets rapprochés, n'a pas besoin de lunettes aussi fortes. Les mêmes moyens les guérissent : il faut surtout insister sur la cessation complète et prolongée du travail et sur l'exercice persévérant de la vue sur de gros objets distants. Tant que ceux-ci sont encore vus avec la même netteté et sans fatigue, le pronostic reste favorable. Il y a quelques années, de concert avec M. le docteur Gaudet, j'ai traité la fille d'un de nos députés d'une amblyopie de cette nature. Cette affection d'abord nous parut très-grave, à cause

de l'obscurité des causes, de son invasion rapide et de son degré très-avancé ; cependant elle a été complétement et radicalement guérie au bout de quelques mois par le traitement que nous avons indiqué ci-dessus. Après la guérison, il faut avoir soin de faire observer très-rigoureusement les règles hygiéniques établies pour les presbytes.

Le rétablissement instantané de la faculté de voir de petits objets rapprochés par le moyen des verres convexes, ainsi que la persistance de la portée très-longue de la vue, peuvent faire prendre cette variété de l'amblyopie presbytique, et même celle précédemment décrite, pour une presbytie développée soudainement (§ XII, 4°). Cette erreur est d'autant plus facile que chez les enfants on ignore souvent la limite extrême de la vision distincte, parce que leur attention ne se porte pas d'ordinaire spontanément sur des objets très-éloignés et se fixe plutôt sur ceux situés dans leur proximité, qui excitent plus directement leur attention. Raison de plus pour les diriger de manière à étendre le plus possible leur horizon visuel et pour les empêcher de se livrer trop tôt avec assiduité à des travaux minutieux.

§ XIX. — *Des complications de l'amblyopie presbytique et de leur traitement.* — Sur les personnes dont la santé générale ne présente aucun dérangement, et qui surtout ne sont point sujettes à des congestions cérébrales habituelles, l'amblyopie presbytique se montre primitivement dans toute sa simplicité. Il n'est pas rare toutefois de voir la fatigue des yeux elle-même, et le travail à une distance qui n'est pas celle exigée par la portée de la vue, particulièrement lorsque les objets sont brillants, comme chez les bijoutiers, par exemple, produire un certain degré d'irritation et de congestion oculaire qui, plus tard, peut s'étendre au cerveau. Cette congestion cérébro-oculaire cependant, dans la plupart des cas où elle complique l'amblyopie presbytique, a déjà existé antérieurement : si elle survient plus tard, elle reconnaît alors pour cause principale la compression des organes du bas-ventre par le travail sédentaire, la pléthore abdominale, la constipation et la dysménorrhée si fréquentes chez les femmes qui ne peuvent prendre l'exercice nécessaire, surtout à l'époque où le développement du corps n'est point encore terminé et où la menstruation n'est pas encore bien régulièrement établie. Rien n'est plus ordinaire chez la grande classe des ouvrières qui travaillent sur de petits objets que l'amblyopie presbytique compliquée de congestion cérébro-oculaire, de dysménorrhée et de constipation.

Ces états pathologiques favorisent singulièrement la production de l'amblyopie chez les presbytes, mais peuvent aussi la causer chez des personnes dont la vue n'a qu'une portée moyenne ou même faible : voici pourquoi il arrive fréquemment qu'on méconnaît la presbytie, lorsqu'elle est la cause principale, et qu'on s'étonne de l'opiniâtreté de la maladie.

Il est de la plus haute importance que ces complications soient combattues avant qu'on permette au malade de se servir de verres convexes, et, plus encore, avant de recourir aux moyens excitants. On débutera par l'usage des purgatifs et les émissions sanguines nécessaires, surtout dérivatives, par des pédiluves et des fomentations froides sur les yeux et les parties voisines. Dans les cas de dysménorrhée, les pilules suivantes, que j'emploie très-fréquemment, m'ont généralement donné des résultats très-satisfaisants :

R. : Gomme ammoniaque, 8 grammes (ʒ jj);
Aloès, 50 centigrammes à 1 gramme et demi (℈ ß à ʒ ß);
Sirop simple, q. s.
M. Divisez en 50 pilules égales.

Pour agir sur les menstrues, il faut que ces pilules soient données à une dose qui ne produise qu'une ou deux garderobes faciles par jour ; en devenant purgatives, elles perdent leur action sur les vaisseaux utérins. Lorsqu'elles m'ont fait défaut, j'ai souvent alors tiré de bons effets de pilules composées de poudre de sabine et d'extrait de sabine, de chaque 5 centigrammes (un grain), données au nombre d'une ou de deux, deux ou trois fois par jour. Quand il y a constipation, on peut modifier les premières pilules de la manière suivante :

R. : Sulfate de potasse, } āā 4 grammes (ʒ j);
Gomme ammoniaque, }
Aloès ; 1 gramme (℈ j);
Sirop simple, q. s.
M. Divisez en 50 pilules.

Dans les cas de disposition hémorrhoïdale ou d'hémorrhoïdes supprimées, les petites doses de soufre, administré seul ou associé à l'aloès, m'ont souvent rendu d'excellents services.

Lorsque les malades sont dans l'impossibilité absolue d'abandonner leurs occupations et d'exercer leur vue de loin, on est forcé de leur accorder immédiatement des lunettes. Alors il faut au moins

leur faire comprendre qu'il y va de leur vue et de leur avenir, d'interrompre de temps à autre le travail pour quelques instants et de se servir des verres les plus faibles avec lesquels ils éprouvent encore du soulagement.

Quand ces complications ont cédé complétement aux moyens indiqués, on peut avoir recours avec succès au traitement de l'amblyopie presbytique simple.

L'amblyopie par presbytie peut d'ailleurs coexister avec toutes les autres espèces d'amblyopie et avec la plupart des affections oculaires : celles-ci, en s'y associant, en rendent le diagnostic plus difficile, bien qu'elles en augmentent souvent les symptômes. Cela concourt à expliquer la différence entre notre description et celle qu'en donnent les auteurs cités, qui en ont ignoré la véritable cause et qui l'ont fait dépendre d'une foule d'états pathologiques entièrement étrangers à sa production.

C'est ainsi que M. Mackenzie (*Ann. d'Oc.*, v. X, p. 101, 105, 169), sauf quelques exceptions très-peu nombreuses, regarde cette maladie comme dépendant d'une débilité générale, d'un état anémique, ou d'une constitution scrofuleuse, et y oppose les toniques et les ferrugineux. Incompétent pour juger quelles peuvent être en Écosse et en Angleterre les complications les plus ordinaires de l'amblyopie presbytique, je n'hésite point à assurer qu'en France elle se présente le plus habituellement comme affection purement locale; que parmi ses complications, celles avec la congestion cérébro-oculaire et avec la dysménorrhée ou la pléthore abdominale sont les plus fréquentes, et que celle enfin avec une atonie ou une faiblesse générale et avec l'anémie est la plus rare. Rien de plus naturel d'ailleurs que de voir cette amblyopie, primitivement asthénique de sa nature, augmenter notablement, quand par hasard elle coexiste avec une asthénie constitutionnelle, et s'amender alors, comme toute amblyopie asthénique non accompagnée d'altérations organiques, par l'emploi méthodique des toniques, des ferrugineux, et surtout du carbonate de fer. On conçoit qu'elle doit devenir rebelle au traitement lorsqu'elle coïncide avec un affaiblissement de toute l'économie et que sa cause immédiate, la presbytie, est méconnue; circonstances qui, si cette complication est aussi générale en Écosse que le dit M. Mackenzie, expliquent parfaitement le fâcheux pronostic porté par cet ophthalmologiste.

Une complication particulière de cette amblyopie qui peut quelquefois simuler, pour le médecin qui n'en a pas fait une étude spé-

ciale, une amblyopie intermittente ou une amaurose, a besoin d'être considérée à part.

§ XX. — *De la complication de la presbytie avec la conjonctivite, et de l'apparente amblyopie qui en résulte.* — Nous avons dit que le presbyte, ayant besoin de beaucoup de lumière, y voyait beaucoup moins le soir. Lorsqu'il vient à être atteint d'une conjonctivite catarrhale. ou d'une simple conjonctivite chronique limitée aux paupières, affections dont un des caractères les plus constants est de s'exaspérer le soir, la faiblesse temporaire de la vue qui en résulte est assez grande pour le mettre hors d'état de se livrer à aucun travail à la lumière artificielle et pour l'inquiéter beaucoup. Cet affaiblissement de la vision, qui survient plus ou moins subitement, en impose facilement aux praticiens qui ignorent l'influence qu'exercent sur la presbytie et la conjonctivite les heures avancées de la journée et la lumière artificielle. Aussi croient-ils souvent à l'existence d'une amaurose contre laquelle ils déploient inutilement tout l'arsenal thérapeutique. Le diagnostic différentiel est cependant très-facile à établir. En effet, si l'on interroge avec soin le patient, on apprend que c'est seulement le soir que sa vue se trouble, et cela d'autant plus que la lumière est plus faible, le travail plus assidu, et la muqueuse oculaire plus injectée. La vue s'éclaircit si le malade augmente l'intensité de la lumière, et surtout s'il éloigne les objets et se sert de lunettes convexes convenables. Dans la journée, la vision est beaucoup plus nette et presque normale; mais elle se trouble lorsqu'il veut lire ou travailler dans des endroits sombres. Ainsi les accès n'ont aucun type fixe et dépendent uniquement des variations dans l'intensité de la lumière et l'injection de la conjonctive; ce qui ne permet pas de confondre la maladie avec une amblyopie intermittente. Ces circonstances, jointes aux symptômes de la conjonctivite légère, tels que injection superficielle, collement des paupières le matin, cuissons ou démangeaisons, exaspération de tous les symptômes vers le soir, moment auquel survient la sensation de petits corps étrangers roulant entre les paupières, etc., et l'absence des symptômes et des causes de l'amaurose; ces circonstances suffisent pour établir le diagnostic d'une manière certaine. Le repos absolu observé le soir, le travail modéré dans la journée, quelques bains de pieds irritants, un léger laxatif, un collyre contenant une petite quantité d'acétate de plomb, de sulfate de zinc ou de tout autre sel astringent, l'observation des précautions hygiéniques nécessaires aux presbytes, au besoin l'emploi de lunettes convexes appro-

priées; tel est le traitement à opposer à cette complication de la presbytie, traitement qui, malgré sa simplicité et son peu d'activité apparente, enlève tous les phénomènes morbides comme par enchantement, à la satisfaction et au grand étonnement du malade, que bien souvent j'ai vu partager par le médecin ordinaire. Les liniments excitants et spiritueux dont on fait frictionner le front et les tempes, dans la persuasion de l'existence d'un commencement d'état asthénique de la rétine, ainsi que les fumigations alcooliques et ammoniacales auxquelles on soumet les yeux, ne font qu'aggraver le mauvais état de la vue en augmentant la turgescence des vaisseaux de la conjonctive.

Les effets de la presbytie étant ici augmentés par la coexistence de la phlegmasie, et cette affection se présentant souvent sur des individus peu âgés, il serait nuisible d'accorder des verres d'une courbure considérable et de permettre qu'ils fussent gardés définitivement. Les n°s 96, 80 ou 72 suffiront ordinairement; on les abandonnera immédiatement après la guérison, à moins que l'âge, le degré de presbyopie de l'individu et la nature de ses occupations n'exigent le contraire. On peut même obtenir la guérison sans l'aide des moyens optiques, si le malade est à même de suspendre le travail à la lumière artificielle et de s'y livrer dans la journée avec de longues et fréquentes interruptions et en éloignant beaucoup les objets, de manière à éviter la fatigue : le seul traitement de la conjonctivite pourra alors suffire.

Quand la conjonctivite complique une véritable amblyopie presbytique, le trouble de la vue est plus considérable. Dans la journée, il présente le caractère de cette dernière affection; le soir, la cécité devient complète et ressemble à une amaurose. Ces circonstances, jointes à ce qui a été dit dans les §§ IX et XIII, suffisent pour établir le diagnostic: quant au traitement, il se compose de celui des deux affections, en commençant par celui de la conjonctivite.

§ XXI. — *De la presbytie comme cause de névralgies oculaires.* — La névralgie de l'œil, maladie peu étudiée jusqu'ici et dont je traiterai avec plus de détails dans une autre occasion, est plus fréquente chez les presbytes; elle reconnaît assez souvent pour cause unique le foyer plus ou moins long de la vision et la non-observation des règles d'hygiène oculaire qui s'y rattachent. Dans ce cas, les douleurs nerveuses occupent le globe même et s'étendent souvent dans les parties voisines, en rayonnant dans la direction du trajet des rameaux du nerf trifacial. Dans le début, elles se font sentir

seulement lorsque le malade s'est livré pendant un certain temps au travail, surtout lorsqu'il n'éloigne pas assez les objets. Il suffit alors qu'il l'interrompe pour quelques instants, ou même seulement qu'il s'y livre en observant une plus grande distance, pour faire cesser toute sensation douloureuse. A une époque plus avancée, la douleur survient lorsqu'à peine on a commencé à se livrer aux occupations. On n'obtient plus de soulagement par les mêmes mesures. Il faut suspendre pour plus longtemps le travail ; lorsqu'on le reprend, tenir les objets à une distance plus considérable ; travailler pendant quelques minutes seulement et en se servant quelquefois ou constamment, surtout à la lumière artificielle, de lunettes convexes appropriées. Ces moyens simples, aidés des règles générales exposées, de fomentations d'eau fraîche, et, au besoin, de quelques frictions laudanisées pratiquées au pourtour de l'orbite, suffisent d'ordinaire pour la guérison, si la cause de la maladie est reconnue de bonne heure. Dans le cas contraire, la maladie continue à marcher : les douleurs surviennent dès qu'on veut fixer un objet petit et rapproché, puis elles se font même ressentir parfois lorsque la vue est exercée avec quelque assiduité sur des objets distants ; enfin la maladie devient permanente et ses accès n'épargnent même point l'organe de la vue pendant le repos : ils sont irréguliers et d'inégale durée. Il en est ainsi même lorsque la névralgie reste simple : elle devient plus intense et plus persistante par l'effet de certaines complications, parmi lesquelles celles avec le rhumatisme, la dysménorrhée, la congestion cérébro-oculaire, les affections du système nerveux et la conjonctivite sont les plus ordinaires. La complication avec cette dernière, quoique assez fréquente, a été méconnue jusqu'ici ; ce qui nous engage à en faire le sujet d'un travail particulier. On conçoit qu'elle doive considérablement augmenter la névralgie, puisque les exaspérations de la phlegmasie de la muqueuse oculaire ont lieu le soir, époque de la journée pendant laquelle le presbyte a le plus de difficulté à voir nettement.

La maladie est-elle arrivée à ce degré, et surtout lorsqu'elle a perdu sa simplicité originaire, sa durée sera toujours plus ou moins longue et son traitement entouré de difficultés assez grandes. Le repos absolu et prolongé de l'organe deviendra une condition indispensable. Il faut sans retard avoir recours à l'usage externe et interne des opiacés, qui souvent suffisent à eux seuls pour faire cesser les douleurs. Une pommade de vératrine (5 centigrammes pour 15 grammes d'axonge, gros comme un pois ou une fève deux à trois

fois par jour), nous a plusieurs fois rendu de bons services lorsque les premiers nous avaient fait défaut. Les moyens dirigés contre les complications d'affections rhumatismales, nerveuses, etc., et les petits vésicatoires volants promenés sur le front et les tempes ; dans le cas de coexistence d'une conjonctivite, les collyres astringents et, au besoin même, s'il existe un commencement de granulations, la légère cautérisation de la face interne des paupières avec le sulfate de cuivre, ne seront point négligés. Mais tous ces moyens resteront sans effet tant que le travail ne sera pas suspendu pour longtemps dans le commencement, et réglé, lors de la reprise des occupations, d'abord comme pour les individus affectés d'amblyopie presbytique, et, au bout de quelque temps, comme pour les presbytes en général.

La névralgie dépendant de la presbyopie siége d'ordinaire dans les deux yeux à la fois. Quand le contraire a lieu, il faut examiner si la cause n'en est pas due à une inégalité de foyer qui exige des verres plus forts pour l'œil le moins apte au travail.

L'usage de lunettes trop fortes peut également donner lieu à des douleurs névralgiques dans les yeux ; mais ce cas est plus rare. (V. le § XXIII.)

En place de la névralgie, la presbytie produit quelquefois, particulièrement sur les individus d'une constitution nerveuse, des névroses des paupières et des muscles de la face, telles que le clignotement et le tic non douloureux. Ces névroses se développent à la suite du travail à une distance trop rapprochée et se compliquent d'ordinaire d'amblyopie presbytique. Tout ce qui exaspère celle-ci, comme par exemple la coexistence d'une conjonctivite, les rend aussi plus intenses et plus rebelles au traitement.

(La suite au prochain numéro.)

NOTICE SUR L'OPHTHALMIE QUI RÈGNE FRÉQUEMMENT DANS LA RIVERA, DANS LA PROVINCE DE VALENCE (ESPAGNE) ;

Par le docteur Sérapio Escolar,

Médecin des hôpitaux civils de Madrid, membre de nombre de l'Académie royale des sciences naturelles et de l'Académie de médecine et de chirurgie de la même ville, etc., etc.

Après la fièvre tierce, l'ophthalmie est sans contredit la plus commune de toutes les maladies qui règnent dans cette partie de l'ancien royaume de Valence que l'on nomme *la Rivera*. Cette ophthalmie, que j'appellerai *valencienne*, exerce des ravages rapides et

effrayants, et mérite, à ce titre et sous d'autres rapports, de fixer l'attention.

Rien de plus affligeant que le spectacle journalier du grand nombre d'aveugles, de borgnes de cette contrée, qui viennent, trop tard, hélas! réclamer des secours médicaux désormais impuissants! Bien que le mal fasse de nombreuses victimes, on ne doit cependant point croire que l'on rencontre dans la Rivera autant d'aveugles qu'en Égypte, où, au rapport de Volney, on est certain de trouver, sur 100 personnes, 20 aveugles, 20 borgnes, et 20 autres ayant les yeux rouges, purulents, ou les cornées couvertes de taches. Il n'en est fort heureusement pas ainsi; seulement la Rivera est la partie de l'Espagne où l'on observe le plus de maux d'yeux, quoique les ophthalmies soient aussi très-fréquentes dans l'Andalousie et quelques autres provinces.

L'ophthalmie *valencienne* présente dans son mode de développement et dans ses symptômes la plus grande similitude avec l'ophthalmie égyptienne. Il faut le dire, sous beaucoup de rapports, le climat de la Rivera est assez semblable à celui de l'Égypte : ainsi, dans l'une et l'autre contrée, le sol est bas; l'humidité et le froid des nuits contrastent avec la chaleur du jour; les arrosements, ou, pour mieux dire, les inondations indispensables pour la culture du riz, entretiennent continuellement dans l'air des miasmes qui le vicient; enfin l'analogie existe encore entre le mode d'alimentation en usage dans les deux pays : dans la Rivera comme en Égypte, le cultivateur ne mange que des farineux et des légumes; comme l'Égyptien, il est toujours très-légèrement vêtu, et couche souvent à la belle étoile pour veiller à l'arrosement de ses terres.

Quoique l'ophthalmie *valencienne* soit, sous presque tous les rapports, semblable à l'ophthalmie égyptienne, il existe cependant entre elles cette différence tranchée, que jamais dans l'ophthalmie *valencienne* la conjonctive ne se recouvre de ces granulations qui, si elles ne constituent pas un signe pathognomonique de l'ophthalmie égyptienne, se rencontrent du moins presque toujours dans cette affection (1).

(1) M. Furnari, qui a étudié avec soin l'ophthalmie d'Afrique, a noté que dans cette contrée « il est rare de rencontrer des granulations dans les « conjonctivites qui présentent des caractères purulents. » FURNARI, *Essai sur les causes, la nature et le traitement des ophthalmies en Afrique, Ann. d'Oculist.*, vol. XI, p. 21. — M. Sigaut décrit dans son ouvrage : *du Climat et des Maladies du Brésil*, Paris, 1844, une ophthalmie purulente qui exerce

Au dire des habitants, l'ophthalmie qui nous occupe n'a point revêtu jusqu'à présent un caractère contagieux, et je n'ai jusqu'à ce jour pu recueillir de faits assez péremptoires pour être autorisé à émettre un avis contraire à l'opinion admise dans la contrée. Il se pourrait très-bien que, comme l'égyptienne, elle devînt contagieuse sous l'influence de l'agglomération dans un même local d'un grand nombre d'individus soumis au même travail et au même régime. Je n'ai pu m'assurer si la maladie pouvait se propager par contact immédiat : des recherches à ce sujet ne peuvent être tentées que dans des hôpitaux ; dans la pratique particulière, des essais de cette nature compromettraient la réputation et exposeraient la vie de celui qui s'y livrerait.

Considérant les causes occasionnelles de la phlegmasie dont il est ici question, et sans être partisan de la spécificité des ophthalmies, je la rangerai dans la classe des affections catarrhales, la plaçant, dans le cadre nosologique, entre la blennophthalmie d'Égypte et l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Je ne peux partager l'opinion de M. Velpeau (1), qui n'admet pas d'ophthalmies catarrhales et veut que cette dénomination disparaisse du langage médical pour être remplacée par celle de *conjonctivite*, soit simple, soit morbil*leuse*, etc., pour désigner les diverses inflammations de la conjonctive, contrairement à l'opinion de Beer, Mackenzie, Middlemore, Sanson, Carron du Villards, Sichel, Cunier, etc., et, en général, de tous les ophthalmologistes. Dans son examen critique de l'ophthalmie catarrhale, M. Velpeau tire très-bien parti, il est vrai, du peu d'accord des auteurs dans la description des symptômes de la maladie ; mais si les écrivains se sont parfois laissé entraîner par des idées préconçues, ils n'en sont pas moins du même avis quant au fond, et il ne s'ensuit pas que l'on doive rayer du cadre nosologique une affection qui, née sous l'influence de causes aussi puissantes que la chaleur, l'humidité et les variations atmosphériques, présente des caractères qui lui sont propres. Tout en défendant ici la doctrine qui admet une ophthalmie catarrhale, je suis loin cependant de partager l'opinion des disciples de Beer et de l'école allemande, qui, par la multiplicité des divisions et des subdivisions, me paraissent avoir dépassé le but et avoir créé une espèce de chaos au milieu duquel il est souvent difficile de se reconnaître.

d'effrayants ravages dans l'empire brésilien : cette ophthalmie n'est également jamais accompagnée du développement de granulations palpébrales.

(1) *Dictionnaire de Médecine*. Voir aussi *Annales d'Oculistique*, vol. IV.

L'ophthalmie de la Rivera attaque en général, dès le début, les deux yeux. Les malades commencent par éprouver la sensation d'un corps étranger, comme des grains de sable, de la poussière, qui se seraient engagés entre les paupières. Bientôt la conjonctive oculaire rougit, se boursouffle. A mesure que le chémosis augmente, la sensation de grains de sable, de poussière, s'amoindrit, disparaît, pour être remplacée par celle d'un poids incommode, qui va jusqu'à la douleur. La tuméfaction de la conjonctive oculaire devient générale et acquiert un degré tel que la cornée disparaît entièrement; les douleurs ne tardent pas à devenir lancinantes, pongitives : la conjonctive prend un aspect de plus en plus foncé. Le pouls qui, dès le principe, s'est altéré, offre le rhythme d'une fièvre violente ; la soif est ardente, les urines fortement colorées, la langue large, blanche et sèche, la tête douloureuse. Enfin, l'œil commence à être baigné par une sécrétion, claire d'abord, qui devient de plus en plus consistante et acquiert bientôt tous les caractères du pus. Celui-ci devient de jour en jour plus abondant, et la diminution de la tuméfaction, qui se trouve en rapport avec cet accroissement de sécrétion, permet enfin de reconnaître la cornée, qui est souvent alors ramollie, boursoufflée et entièrement blanche. Tous les symptômes vont en décroissant, ainsi que la suppuration, et laissent le plus ordinairement le malade dans un état de cécité irremédiable. Heureux ceux chez qui l'opacité de la cornée occupe surtout le centre, et dont la circonférence de cette membrane s'éclaircit sous l'influence du temps et des médicaments employés, et permet d'établir une pupille artificielle qui remédie en partie au malheur occasionné !

La maladie ne se présente pas toujours telle que je viens de la décrire : c'est là le tableau des cas les plus graves et malheureusement aussi les plus fréquents. Souvent le chémosis, quoique considérable, laisse un peu de liberté au mouvement des paupières et permet de voir la cornée qui s'ulcère, la pupille qui se contracte, l'iris qui change de coloration, devient vert ou jaunâtre s'il était naturellement bleu, rougeâtre ou briqueté s'il était brun. Il y a fièvre ; mais elle ne persiste pas longtemps. Un dépôt, le plus rarement sanguin, provenant de la rupture d'un des vaisseaux de l'iris en état de turgescence, le plus fréquemment purulent, occupe toute la capacité ou partie de la chambre antérieure et se fraie un passage au dehors, soit par une perforation à l'endroit de l'ulcère de la cornée, soit par un point ramolli de la partie inférieure de la circonférence de cette membrane. Cet accident entraîne à sa suite un staphylôme plus ou

moins considérable de la cornée, une procidence plus ou moins prononcée de l'iris, un leucoma, ou bien laisse le champ de la pupille soit obstrué par de fausses membranes, soit complétement oblitéré.

Dans les cas les plus légers, la maladie est toute locale, sans symptômes de réaction générale : il y a chémosis; mais il est peu prononcé et ne se complique que de kératite ulcéreuse qui détermine un larmoiement très-abondant et laisse des taies qui, sans détruire la vision, la gênent toujours plus ou moins.

La marche de cette ophthalmie est quelquefois aussi rapide que son invasion est prompte. Vingt-quatre ou trente-six heures suffisent souvent pour causer des désordres tels que la vue est perdue pour toujours : dans d'autres cas violents, trois et quatre jours se passent avant qu'il se produise des lésions auxquelles l'art ne peut porter remède.

L'été est de toutes les saisons celle durant laquelle le mal sévit avec le plus de force et de fréquence.

Le pronostic est toujours grave. Ainsi que je l'ai dit déjà, très-fréquemment une cécité irremédiable est produite. Lorsque cette terminaison fatale ne survient pas, les yeux conservent des traces indélébiles du passage de la maladie.

En présence d'une ophthalmie aussi grave et aussi promptement désorganisatrice, l'homme de l'art doit rechercher avec un soin extrême tout ce qui peut en arrêter la marche et en paralyser les fâcheux effets; tous ses efforts doivent tendre à la connaissance d'une thérapeutique rationnelle et aussi prompte qu'énergique. Ce qu'il y a de plus déplorable en ceci, c'est la coupable indifférence de l'habitant de la Rivera, qui, bien que toute la gravité du mal lui soit connue, cherche à se faire illusion et espère que la *puchada*, — c'est ainsi qu'il nomme l'ophthalmie, — ne sera pas assez grave pour l'obliger à réclamer auprès d'un chirurgien des soins qui nécessiteraient quelque dépense dont il voudrait se dispenser, — préférant ainsi le positif de quelques pièces d'argent à l'incertitude de l'issue de la maladie! Cette indifférence sur l'avenir se rencontre généralement chez le Valencien et quelques Andalous; elle doit être rapportée à la profonde impression morale exercée par les Arabes pendant leur longue et tenace domination dans ces admirables contrées, impression qui a donné au caractère des habitants un cachet qui n'est pas encore près de s'effacer. *Venga lo que Diôs quiéra*, dit le laboureur avec une résignation qui ne repose point sur des principes

évangéliques, mais qui est fille du fatalisme qu'il a conservé des Orientaux.

Au premier rang, parmi les moyens propres à combattre l'ophthalmie *valencienne*, viennent les antiphlogistiques employés avec une vigueur proportionnée à l'intensité des symptômes : ainsi, les émissions sanguines générales, non pas pratiquées à de longs intervalles, mais coup sur coup, comme elles ont été préconisées avec tant de raison par M. Bouillaud dans la péripneumonie, telles que les employaient les médecins italiens, M. Riberi entre autres (1), longtemps avant que le professeur de Paris y eût recours. Je préfère les saignées coup sur coup à la saignée jusqu'à la syncope conseillée par Vetch (2), qui veut que l'on tire jusqu'à soixante onces de sang dans l'ophthalmie égyptienne, sœur de celle dont je traite ici. Ce moyen est désapprouvé par Assalini, qui est une autorité des plus respectables en la matière : j'ai toujours vu qu'il était avantageusement remplacé par les saignées coup sur coup. Les anciens médecins espagnols avaient fréquemment recours à la saignée du pied dans les affections inflammatoires de la tête; à leur exemple, je la fais fréquemment instituer, l'employant comme déplétive et révulsive à la fois. C'est un moyen puissant que je mettrais plus souvent en usage si nos *saigneurs* y étaient mieux habitués et la pratiquaient aussi bien que la saignée de la main ou du bras. Dans toute la péninsule, la saignée du pied ne m'a paru bien généralisée qu'à Madrid : hors de la capitale, je ne l'ai vu employer que très-rarement. Au reste, dans telle province on pratique ordinairement la saignée du bras, dans telle autre celle de la main : toutefois, cette préférence n'exclut pas l'emploi des autres modes de saignée, seulement on y a moins habituellement recours.

Les saignées locales ne sont pas assez énergiques pour que l'on puisse les mettre en usage dans les premiers moments de l'ophthalmie *valencienne* grave. Je partage l'avis de Lawrence, qui dit que dans les maladies qui intéressent profondément l'œil, leur action est presque nulle si l'on n'a pas employé auparavant de larges déplétions sanguines générales.

Si le chémosis est considérable, il faut, à l'aide de ciseaux courbes sur le plat, enlever de larges lambeaux de la conjonctive; on remplit ainsi deux indications : on dégorge cette membrane et on prévient le

(1) Voir Carron du Villards, *Histoire de l'ophthalmo-blennorrhée de l'armée sarde. Ann. d'Oculistique*, vol. XII.

(2) *Medical and surgical Journal.*

sphacèle de la cornée. Les mouchetures ne sauraient convenir ici, à cause de leur peu d'action, et l'excision, qu'*a priori* l'on croirait très-douloureuse, ne fait que très-médiocrement souffrir, la grande tuméfaction paralysant la sensibilité de la partie.

Parfois j'ai joint à l'excision la cautérisation avec la pierre infernale; je m'en suis assez bien trouvé, sans toutefois en retirer un avantage qui compensât la violente douleur qu'elle provoque.

Dans un grand nombre de cas, les sangsues, au nombre de trois ou quatre, appliquées tous les jours ou tous les deux jours à la partie interne des paupières, m'ont rendu des services signalés; mais ce moyen, ainsi que l'a très-bien fait observer le professeur Velpeau qui l'a mis en usage dans des cas d'une autre nature, demande une attention extrême, dont ne sont pas toujours capables les personnes chargées de semblables applications. C'est là un motif qui fera que cette pratique ne s'impatronisera que bien difficilement.

Lorsque le chémosis est assez considérable, sans cependant être énorme, je fais instiller entre les paupières quelques gouttes de sous-acétate de plomb liquide pur, selon le conseil de Vetch et de Weller dans la blennophthalmie d'Égypte.

Après ou pendant ces moyens, j'administre le calomel uni à la belladone, selon la formule suivante : Pr. *Protochlorure de mercure*, 20 grains; *extrait de belladone*, 2 grains; pour faire 12 pilules égales.—Le malade en prend une toutes les trois heures de jour et de nuit, jusqu'à ce que la sécheresse de la bouche annonce que cette partie ne tardera pas à se prendre.

Lorsque je n'ai pas employé le sous-acétate de plomb liquide pur, je fais instiller, trois fois le jour, entre les paupières, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent cristallisé (5 à 10 grains par once d'eau distillée).

Le processus inflammatoire une fois modifié, j'ai recours aux sangsues appliquées alternativement à la région temporale et derrière les oreilles. Dès que la période inflammatoire a cessé, j'ai recours au séton, souvent à un large vésicatoire à la nuque, que je fais panser une ou deux fois par jour avec la pommade de garou.

Lorsque l'état du tube digestif le permet, je prescris la poudre de jalap unie au calomel (*jalap*, 20 grains ; *calomel*, 5 grains; *pro dosi*) tous les deux ou trois jours.

Dès le début de l'ophthalmie, le malade doit être soumis à une diète sévère et mis à l'usage de boissons tantôt délayantes, tantôt diaphorétiques.

Sous l'influence des moyens qui viennent d'être exposés, les symptômes cèdent fréquemment en peu de jours, mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, non sans laisser des taies plus ou moins épaisses, que j'ai combattues avec le vin d'opium, l'oxyde rouge de mercure, l'alun mêlé au sucre candi et au calomel, etc.

Il va sans dire que le traitement que j'ai décrit comme applicable aux cas les plus graves devra subir des modifications en rapport avec le plus ou moins de violence des symptômes et la rapidité de la marche du mal. Il est bon néanmoins de rappeler qu'il vaut mieux pécher par trop d'énergie que par trop de faiblesse dans l'emploi des moyens à mettre en usage : l'organe de la vue est si délicat, sa conservation importe tant à l'homme, que le praticien ne saurait trop déployer d'intelligente abondance de ressources tirées de son observation et de celle de ses confrères.

J'ai fait tous mes efforts pour appeler l'attention des hommes de l'art qui exercent dans la Rivera sur l'ophthalmie qui y sévit et y exerce tous les jours de si déplorables ravages. On ne parviendra à en diminuer la fréquence et à rendre moins ordinaires les accidents qu'elle détermine, qu'en faisant comprendre aux laboureurs la nécessité de certaines prescriptions hygiéniques et l'urgence de s'adresser à un chirurgien dès que leurs yeux commencent à être le siége d'une rougeur quelconque. Je m'estimerais heureux si mes conseils pouvaient contribuer à faire atteindre ce but ; si la publicité que je donne à ces considérations pratiques pouvait aider à rendre moins nombreuses les victimes de l'ophthalmie *valencienne*.

Madrid, le 1er mars 1845.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Journal de Chirurgie de M. Malgaigne.

De la cataracte pigmenteuse ou uvéenne, et de son diagnostic différentiel; par le docteur Desmarres. — Nous extrayons de ce mémoire tout ce qui a rapport au diagnostic différentiel : « On peut confondre la cataracte pigmenteuse avec l'*amaurose* et avec la *cataracte noire*. Mais dans l'amaurose, la pupille, quoique en général immobile, est le plus souvent ronde, et l'on n'aperçoit

point de filaments noirs qui l'attachent à la capsule en lui donnent une forme plus ou moins anormale, comme on le voit toujours dans la cataracte pigmenteuse complète. Dans la cataracte noire, la pupille est mobile comme normalement, signe distinctif bien suffisant.

« Dans la cataracte pigmenteuse complète, la pupille est immobile, adhérente, frangée, d'une forme s'éloignant plus ou moins de la circulaire; la belladone ne la dilate pas ou la dilate irrégulièrement. Les membranes de l'œil ont toujours été enflammées précédemment, ainsi que l'attestent les exsudations fibro-albumineuses, recouvertes de pigmentum uvéen, qui oblitèrent plus ou moins la pupille, la décoloration partielle ou générale de l'iris, etc. Ces traces d'inflammation n'accompagnent point la cataracte noire et l'amaurose.

« La pupille est noire dans l'amaurose, la cataracte noire et la pigmenteuse; mais cette couleur est-elle la même dans les trois cas, siége-t-elle sur le même plan? C'est ce qu'il faut examiner.

« Dans l'amaurose, la couleur noire est formée par le fond même de l'œil, réflexion de la lumière naturelle sur la coque oculaire, laquelle est concave. Il résulte de sa concavité que lorsque l'observateur se place directement en face de l'œil, la lumière lui apparaît dans l'éloignement et selon l'axe antéro-postérieur du globe. Se place-t-il au contraire à gauche ou à droite, l'image lui semblera alors beaucoup plus rapprochée de la face postérieure de l'iris, et en même temps il la verra du côté opposé à celui où il sera situé. — Dans la cataracte pigmenteuse, la lumière n'apparaît plus : il en est de même dans la cataracte noire complète. On reconnaît aisément, dans la première comme dans la seconde, que l'opacité siége antérieurement par rapport au fond de l'œil et qu'elle est ou convexe ou plane, mais qu'elle n'est nullement concave, comme dans l'amaurose.

« La cataracte pigmenteuse est pulvérulente, d'un noir-brun très-foncé, souvent inégale, sillonnée parfois de filaments noirs formés par de fausses membranes recouvertes de pigmentum; au contraire, la cataracte lenticulaire noire présente une surface unie infiniment plus mate à son centre qu'à sa circonférence. Enfin, comme élément principal de diagnostic, rappelons qu'avec la cataracte noire on distingue souvent une ombre portée par l'iris sur la capsule, tandis que dans la pigmenteuse complète, il n'y a point et il ne peut y avoir d'ombre portée par l'iris, puisque cette membrane est adhérente de toutes parts.

Dans la cataracte noire, le malade, comme dans toutes les cata-

ractes, voit mieux quand le jour baisse ; au lieu que dans la pigmenteuse, la vision s'obscurcit à ce même moment de la journée, vraisemblablement parce que l'obstacle est ici constitué par une couche dont l'épaisseur est égale dans toute l'étendue du champ pupillaire.

« L'expérience des trois images servirait à faire distinguer l'amaurose d'avec l'une ou l'autre cataracte, à moins cependant que celle-ci ne fût une de celles où l'opacité, ayant débuté par la circonférence du cristallin, n'est que très-peu prononcée à son centre. Quant au secours à attendre de ce procédé pour aider à discerner la cataracte noire de la cataracte pigmenteuse, il est aisé de comprendre qu'il serait entièrement nul. »

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

Du valérianate de zinc dans les maladies des yeux; par le docteur Fario. — L'usage thérapeutique du valérianate de zinc a été proposé l'an dernier par le prince Louis-Lucien Bonaparte ; les journaux italiens sont remplis, depuis quelques mois, des éloges que l'on donne à ce médicament. Le but de M. Fario, en écrivant son mémoire, dont nous trouvons une analyse dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (janvier 1845), a été de chercher à diminuer un peu l'engouement excessif dans lequel sont tombés ses confrères de l'Italie relativement au valérianate de zinc, et en cela il rend service à la pratique et donne un sage avertissement à ceux de France qui commencent à prendre fortement goût à un agent réputé si merveilleux. — M. Fario est loin, toutefois, de vouloir porter une atteinte mortelle à la réputation du valérianate de zinc. Cet agent lui a rendu service dans deux cas ; mais il fallut dépasser la dose à la mode. L'auteur a triomphé de douleurs névralgiques du cuir chevelu et de l'œil avec 1 scrupule de ce sel pris en 2 jours. Un autre malade a vu ses douleurs immédiatement calmées en en prenant 18 grains en 2 jours aussi. M. Fario a trouvé plus d'efficacité au valérianate de zinc pris à l'extérieur qu'à l'intérieur. En collyre, il l'emploie à la dose de 2 à 4 grains pour 2 onces d'eau distillée, dans les maladies blennorrhéiques des paupières, contre les ulcérations et les taches récentes de la cornée, dans la kératite chronique, toutes les fois, dit-il, que l'on a besoin d'un

agent à la fois antiphlogistique et légèrement astringent. Il serait, par analogie, disposé à croire à son efficacité dans la blennorrhée uréthrale. — M. Fario ne croit pas qu'on puisse l'employer en pommade, à cause de la mauvaise odeur que celle-ci acquiert.

Nous avons déjà fait de nombreux essais avec ce nouvel agent thérapeutique ; nous les produirons incessamment avec les faits consignés par M. Fario dans le *Memoriale de la Medicina contemporanea* (avril et mai 1844). F. C.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Journal für Kinderkrankheiten.

Usage externe de l'huile de foie de morue dans l'ophthalmie scrofuleuse; par M. Brefeld.—L'auteur traite de l'usage de l'huile de foie de morue en applications topiques dans le traitement de quelques maladies scrofuleuses ; il vante beaucoup la pommade suivante pour combattre les ulcères scrofuleux qui succèdent à l'inflammation et à la suppuration des ganglions lymphatiques : Pr. : *Huile de foie de morue,* 16 parties ; *jaune d'œuf,* ou *axonge*, 12 parties; *sous-acétate de plomb liquide*, 8 parties; M. F. S. A. une pommade homogène. — On en enduit des plumasseaux, qui sont appliqués sur les ulcérations.—Dans les cas d'*ophthalmie scrofuleuse*, surtout dans ceux de *blépharite avec photophobie,* M. Brefeld conseille d'enduire les bords libres des paupières avec de l'huile de foie de morue pure.—M. Cunier a fréquemment recours à l'usage externe de l'huile de foie de morue dans les ophthalmies scrofuleuses accompagnées de forte photophobie, d'écoulement abondant de larmes et de tuméfaction des paupières; il l'associe dans ces cas à l'extrait alcoolique de belladone, dont il prescrit *une partie* pour *deux* d'huile. — Introduite entre les deux paupières au moyen d'un pinceau convenablement chargé, l'huile de foie de morue rend de bons services dans les ulcérations scrofuleuses de la cornée et hâte d'une manière remarquable la résorption des taches de cette membrane.— Dans les ulcérations interciliaires, cette huile rend aussi de bons services; M. Cunier l'emploie alors sous forme de pommade ainsi formulée :

Pr. : Précipité rouge. . . . . 4 grains,
Huile de foie de morue. . 1 gros,
Cérat d'Edimbourg. . . . 40 grains.

Cette pommade donne de bons résultats dans les nuages de la cornée, suites de pannus vasculaire, dans le pannus celluleux, les ulcérations atoniques, etc. Dr. Jans.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés; par Julien Van Roosbroeck, D. M. et A., maître ès-art ophthalmiatrique (!?), professeur d'ophthalmologie à l'Université de Gand, etc. Bruxelles, 1843, De Mortier frères, in-12 pp. IX-159. (*N'est pas en vente.*)

Un antiquaire qui aurait trouvé un Denys grand bronze, un bibliophile rencontrant un Elzevir précieux, un naturaliste allemand découvrant le ganglion ophthalmique du *mélolonthe Foulon*, ne serait pas plus heureux que moi lorsque j'ai mis la main sur le *Précis de l'Ophthalmie purulente des nouveau-nés* publié par M. Julien Van Roosbroeck. Certes ma joie était légitime; car ce livre, dont tout le monde me parlait, échappait à toutes mes recherches; il était pour moi, à la fois, un mythe et un cauchemar : mythe, parce que toutes mes recherches n'aboutissaient qu'à des efforts inutiles; cauchemar, parce que la contrariété de recherches obstinées et incessantes me poursuivait jusque dans mon sommeil! Enfin le voilà ce livre tant désiré : bénie soit la main amie, inconnue, qui me l'a adressé. C'est qu'il est si doux de juger son juge et de lui renvoyer avec une certaine vigueur quelques-unes des balles qu'il vous a jetées, s'abritant derrière le manteau de rapporteur dont il s'était affublé. C'est que derrière ce rempart blindé avec autre chose que son mince bagage scientifique, l'oculiste de S. M. le roi des Belges s'était posé en géant; tandis que maintenant c'est en rase campagne que je lui adresserai mes ripostes. Au moins on me saura gré de ma franchise; je joue cartes sur table, sans rien déguiser de ma pensée.

Fait pour être distribué en grand nombre, dans un but *philanthropico-puffiste*, ce livre ne se trouve point dans le commerce de la librairie : voilà comment il a toujours échappé à mes investigations.

Loin de moi la pensée de blâmer M. Van Roosbroeck de sa philanthropie, si ce but avait été unique, clairement exprimé. Pour cela, il fallait mettre le livre à la disposition de tout le monde, et non le réserver à des lecteurs privilégiés, juges incompétents, ou gobe-mouches officieux pour la plus grande exaltation de l'auteur.

Mais si ce livre, comme le dit dans sa préface M. Van Roosbroeck, n'est pas fait pour des ophthalmologues et les médecins au courant de la science, pourquoi donner aux petits médecins de campagne, aux chirurgiens du plat-pays et aux sages-femmes, un hors-d'œuvre littéraire, tout bardé de latin et d'allemand, véritable tartine bibliographique dont plus d'une accoucheuse, ou plus d'un officier de santé

aura été effrayé. L'auteur a-t-il voulu leur prouver qu'il connaît l'allemand ? On le sait ; je le lui concède, et j'espère qu'il possède mieux cette langue que son français, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture du *Précis*. Pendant cent quatorze pages, et le livre n'en a que cent cinquante-neuf, quel feu roulant de citations ! ! Cent quinze citations, sans compter les extraits ! ! ! Pauvres accoucheuses, malheureux petits médecins ! !

Un livre aussi riche en littérature a donc été fait pour des ophthalmologues, et son but est manqué en l'adressant à des gens qui n'y comprennent rien, ou tout au plus fort peu.

Nous verrons plus tard si comme ouvrage *philanthropico-puffiste,* il a eu plus de succès.

Qu'est-ce que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés ?—Une inflammation catarrhale de la conjonctive oculo-palpébrale qui, comme toutes les affections des muqueuses, se montre sous différentes phases et les parcourt plus ou moins rapidement, et souvent avorte spontanément.

Sa symptomatologie objective est constamment la même, quelle que soit la cause productrice, et je porte à M. Van Roosbroeck, ainsi qu'à sa phalange bibliographique, le défi de différencier une ophthalmie purulente des nouveau-nés produite par le froid, de celle occasionnée par les écoulements vaginaux, quelle que soit leur nature.

Tirera-t-il un plus grand parti des signes subjectifs ? — Pas davantage, à moins qu'il ne soit prévenu que la mère ou la nourrice étaient infectées de syphilis.

Tous les ophthalmologistes de bonne foi reconnaissent aujourd'hui que le froid est la cause occasionnelle la plus fréquente ; puis viennent la malpropreté, la mauvaise nourriture et la contagion ophthalmique. En Angleterre, en Italie, en Espagne, dans quelques parties de l'Allemagne, on appelle cette maladie, *le froid dans les yeux*. Comment se fait-il que dans les pays où la syphilis est aussi difficile à rencontrer que le *Précis* de M. Van Roosbroeck, l'ophthalmie purulente des nouveau-nés soit si fréquente ?—C'est que la fréquence des vicissitudes de l'atmosphère est en raison inverse de celle de la syphilis. Telles sont les hautes montagnes de la Suisse, du Tyrol, de la Savoie et de l'Auvergne.

Toute femme atteinte d'écoulement vaginal enfante-t-elle un enfant forcément affecté d'ophthalmie purulente ? — Non, mille fois non ; et si je tranche aussi nettement la question, c'est que j'ai accouché et vu accoucher des femmes atteintes d'écoulements vaginaux

contagieux, dont les enfants n'ont pas eu la plus légère atteinte d'ophthalmie. Les chiens, les chats, les poulains nouveau-nés, sont souvent atteints d'ophthalmie purulente par la seule influence de l'atmosphère, et cependant leurs mères ne sont pas syphilitiques, du moins à ce que je présume. Les éleveurs et les piqueurs savent si bien cela, que dans les saisons rigoureuses et très-variables, ils prennent de très-grandes précautions pour préserver de leur influence les nouveau-nés de l'écurie ou du chenil.

Passons maintenant aux symptômes objectifs et subjectifs. Certes, pour un ophthalmologue, cette maladie est bien reconnaissable à son début; mais puisque M. Van Roosbroeck n'écrit pas pour les ophthalmologues, m'est avis que sa symptomatologie est incomplète et partant insuffisante pour atteindre le but qu'il s'est proposé. Ainsi, avant toute rougeur, avant toute douleur, on trouve dans le grand angle de l'œil, lieu vulgairement nommé *larmier*, une petite pelote sèche qui est formée par l'agglomération de particules de mucus desséché. Avant toute rougeur des tarses et gonflement des paupières, on aperçoit sur celles-ci une petite bande sous-cutanée rougeâtre, reconnue comme symptôme pathognomonique avant-coureur par le savant et habile docteur Baron, de Paris, que Billard a fait connaître, et dont il a été fait aussi mention dans un article que j'ai publié sur la matière dans le *Bulletin de Thérapeutique* (1). Il est vrai que l'auteur de cet article n'est pas Allemand ! Comme les enfants nouveau-nés ne portent pas de schakows ni de cravattes serrées, on ne peut accuser ici la compression, si ce n'est celle fort rare occasionnée par le cordon ombilical enroulé autour du cou, et l'enclavement dans le bassin signalé par d'Ammon. On peut, par contre, établir que sur 100 ophthalmies purulentes des nouveau-nés, il y en a au moins 95 qui sont dues à des refroidissements: le coryza les accompagne, ou les précède presque toujours. Aussi, dès qu'à la petite pelotte muqueuse, à la bande rouge signalée par Baron, se joignent de petits éternûments, l'enchifrènement, il n'y a plus de doute. Au point où en est arrivée aujourd'hui la thérapeutique de l'ophthalmie des nouveau-nés, on ne doit jamais s'arrêter à un doute, et l'on peut détruire en même temps le doute et le mal : *solum periculum in mora. Crainte*, *doute*, *hésitation*, trinité fatale, qui a fait tant d'enfants aveugles !

Tout le monde connaît les tristes suites de l'ophthalmie des nouveau-nés mal ou incomplétement traitée ; tout le monde a vu la série

(1) Tome XIX, page 78.

d'altérations organiques et fonctionnelles qui en sont la suite : je ne suivrai donc pas l'auteur dans l'énumération qu'il en fait. Seulement je proteste contre une de ses assertions, page 93, savoir : que l'ophthalmie des nouveau-nés produit rarement le strabisme. J'ai fait plus de deux mille opérations de strabisme, j'ai refusé d'en faire un plus grand nombre, et comme j'ai toujours tenu compte écrit des causes productrices, il résulte pour moi que les strabismes simple, rotatoire, ou oscillant, sont très-souvent occasionnés par l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.—Pour trouver le secret de la transmission de l'ophthalmie d'enfant à enfant, d'enfant à adulte et même à des vieillards, on a été forcé de reconnaître la contagion ; M. Van Roosbroeck est bien et dûment contagioniste. Oserai-je lui demander quelle différence il y a physiquement, chimiquement et microscopiquement parlant, entre le pus d'une ophthalmie purulente d'un nouveau-né et celui qui sort de l'œil d'un soldat atteint d'ophthalmie, dite militaire, au même degré ? Ceci doit être considéré du reste comme question rétrospective (voyez le rapport sur le concours de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, *Annales de cette Société*, 1841).

M. Van Roosbroeck, devenu ou étant contagioniste, donne des conseils judicieux à ceux qui soignent et entourent les enfants, et rend un grand service à l'humanité ; sous ce point de vue, son livre portera ses fruits, car à ses enseignements se joindra la peur !! Argument bien plus puissant que tous les raisonnements.

Maintenant examinons les préceptes thérapeutiques.

Certes je suis trop juste pour ne pas reconnaître que M. Van Roosbroeck a eu grandement raison de signaler l'usage et le danger de cette méthode banale, routinière, qui consiste à appliquer des cataplasmes sur les yeux des enfants nouveau-nés ; pratique qui malheureusement n'est pas bornée au codex usuel des bonnes femmes, mais que j'ai la douleur de voir si souvent conseillée par des praticiens huppés. Que le livre de M. Van Roosbroeck leur vienne donc en aide, et que, dans une nouvelle édition, il insiste un peu plus sur les dangers de cette manière de faire, car ce chapitre est trop court, et pas assez énergique !

A-t-il aussi raison de proscrire presque tout à fait l'application des sangsues ? — Je ne le crois point, et beaucoup de personnes seront du même avis que moi.

Quelque prompte, quelque puissante que soit l'action de la méthode abortive, elle ne peut pas arrêter les symptômes morbides de l'oph-

thalmie purulente des nouveau-nés, lorsque les tissus intra-orbitaires participent à l'inflammation, lorsque le tissu flasque des paupières est gorgé de sang et revêt une forme érisypélato-phlegmoneuse tellement prononcée que l'on ne peut écarter les paupières. — Comment appliquer alors le remède héroïque ?

J'ai vu cependant une ou deux sangsues faire disparaître l'érisypèle, surtout si après leur chute on applique sur ces voiles mobiles une large embrocation d'onguent napolitain.

« Les astringents, dit M. Van Roosbroeck, en général ont eu de « nombreux partisans : sans vouloir rejeter complétement ces « moyens, nous croyons cependant qu'ils ne peuvent avoir de bons « résultats que dans les cas légers où la maladie est peu avancée. » — Je suis bien fâché d'être d'une opinion opposée à M. Van Roosbroeck; mais aujourd'hui, comme toujours, pour moi, *les faits bien observés sont la seule puissance en crédit.*

En effet, si M. Van Roosbroeck avait *été à Londres comme il fut à Berlin*, il y aurait vu que les praticiens de ce pays emploient avec un succès non douteux, même dans des cas très-avancés, l'eau styptique de Bath, remède fort vanté avec raison par Saunders, Adams, Guthrie et Alexander. Or, l'eau styptique de Bath est un astringent dont on peut pousser l'action jusqu'à la rendre caustique. Ce médicament a en outre l'avantage de pouvoir être employé par tout le monde, sans danger; ce que je ne dirai pas de la solution d'azotate d'argent.

M. Van Roosbroeck invoque, pour ses opinions, sept années d'expérience; moi j'étaye ma critique sur vingt-cinq années de pratique, sur l'observation de divers praticiens vieillis dans l'exercice de l'ophthalmologie.

Du reste, la critique est facile : on s'y laisse facilement entraîner, surtout quand on est sous l'influence de certains souvenirs, et que ces souvenirs se rattachent à des faits dont la loyauté a été plus que douteuse et les motifs hostiles mal déguisés.

CARRON DU VILLARDS.

De la presbyopie; par M. le docteur DECONDÉ; in-8° pp. 40. (Extrait des *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, année 1843.) N'est point dans le commerce de la librairie.

L'auteur cherche à prouver que *la presbyopie ne dépend fort souvent que de l'asthénie et du défaut d'exercice des muscles propres de*

l'œil. On a pensé généralement que la presbyopie dépendait d'une diminution dans la réfringence des milieux de l'œil, ou d'un aplatissement de la cornée. M. Decondé ne repousse pas cette étiologie dans tous les cas; il la croit vraie dans certaines circonstances, chez les vieillards par exemple, chez les décataractés en général, et chez des sujets qui ont perdu l'humeur aqueuse par un point fistuleux de la cornée. Chez d'autres presbytes, lorsque l'œil offre plus d'aplatissement qu'à l'état normal, il faut en rechercher la cause dans l'état de flaccidité du globe de l'œil par défaut de contraction des muscles de cet organe, ou dans l'excès de contraction d'autres muscles de l'orbite.

Depuis que l'on a pu s'assurer que la myopie dépendait souvent d'un excès de contraction musculaire, qui faisait bomber l'œil et saillir la cornée, il était naturel de supposer qu'un état inverse, c'est-à-dire un défaut de contraction des muscles propres de l'œil, pouvait donner lieu à la presbyopie.

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations et il cite plusieurs expériences qu'il a faites dans le but de démontrer la vérité de la proposition que nous venons de faire connaître. Nous nous bornerons à citer quelques-uns des faits qu'il cite.

Sir E. Home a vu un sujet perdre, à la suite d'une paralysie, la faculté d'adapter ses yeux aux différentes distances; il lui était impossible de lire, et il distinguait, au contraire, une épingle à 10 pieds.

La presbyopie se montre quelquefois chez les convalescents de maladies de longue durée. M. Rognetta attribue cet état au défaut de pression de la graisse de l'orbite sur le globe de l'œil et par suite au moins d'étendue du diamètre cornéo-rétinien. M. Decondé ne peut admettre cette étiologie; car il en résulterait que tous les sujets gras seraient myopes et tous les sujets maigres presbytes, ce qui n'est pas. Mais dans ce cas, comme dans le précédent, la presbyopie lui paraît devoir être attribuée à un défaut de contraction musculaire.

M. Decondé croit que la presbyopie des vieillards doit être souvent elle-même le résultat d'une diminution de la force contractile des muscles oculaires, provenant d'une activité moindre de l'innervation avec l'âge, et peut-être de l'accumulation dans la substance musculaire du phosphate de magnésie, ainsi que le prétend M. Maertens; diminution de forces qu'ils partageraient avec les autres muscles du corps, mais qui survient d'autant plus tôt dans ces parties qu'elles fatiguent bien plus que les autres.

L'auteur pense que dans certaines circonstances la presbyopie est sous la dépendance de la contraction ou du raccourcissement de certains muscles propres de l'œil, des obliques par exemple; c'est ce qui résulte des dernières recherches sur la myologie de l'œil par MM. Bonnet, Boinet et Jules Guérin. M. Decondé, après avoir répété quelques expériences faites par MM. Guérin et Bonnet, croit que *dans la contraction des muscles droits et des obliques, il y a raccourcissement du diamètre antéro-postérieur de l'œil et aplatissement de la cornée.*

Le traitement conseillé par l'auteur, dans l'affection qui fait le sujet de son travail, consiste dans l'exercice gymnastique de l'œil, aidé de collyres toniques, et, dans certains cas, strychninés, et de l'exercice du système musculaire général. L'électricité et la strychnine pourraient, ajoute-t-il, être également employées dans des cas réfractaires; toutefois il pense que l'exercice de l'œil doit être préféré parce qu'il amène une augmentation de forces durable, tandis que l'excitation de la strychnine et celle de l'électricité ne sont que momentanées. Le mémoire de M. Decondé renferme plusieurs observations dans lesquelles les moyens qu'il recommande contre la presbyopie ont eu le résultat le plus heureux. Dr HENROTAY.

Physiologie de l'oculiste ambulant; Notice sur le docteur CHRISTOVAL RUSARD, commandeur de l'ordre grec du Lagophthalmos, officier de l'ordre du Mydriasis, chevalier des ordres de St-Jean, de St-Paul et de Ste-Aldegonde, ancien élève de l'illustre et défunt Scarpa, etc., etc.; honoré de plusieurs médailles et récompenses nationales et étrangères; par CH. DENOOG.—Autographie de 26 p. in-folio, sans indication du lieu de pub. ni du nom de l'éditeur.

De tous les oculistes voyageurs, nous n'en connaissons que deux ou trois qui unissent de la dextérité et de véritables connaissances ophthalmologiques à un caractère honnête et probe. La plupart des autres ne sont que d'effrontés charlatans qui déshonorent la profession par une conduite qui est loin d'être empreinte de loyauté et de délicatesse. Tous les moyens leur sont bons, pourvu qu'ils leur amènent des clients et qu'ils puissent en retirer de l'argent. — C'est parmi cette dernière classe que l'auteur a pris son type; il ne nomme pas son modèle, « car il est peu de personnes, dit-il, qui ne « reconnaissent l'original au portrait que j'en fais. » M. Denoog (ce nom n'est qu'un pseudonyme) montre les ressources de *banque* que « le *César des oculistes*, le *Scarpa ambulant, l'émule de Taylor,* » a coutume de mettre en œuvre : ce sont, pour la plupart, les manèges les plus audacieux, les inventions les plus bizarres, les plus

drôlatiques qu'il soit possible d'imaginer, les mensonges les plus impudents qui aient jamais été fabriqués, les manques de bonne foi, les procédés les plus déloyaux et les plus vils qui aient jamais été révélés. Certes, nous partageons l'avis du médecin qui a écrit la *Physiologie de l'oculiste ambulant*, que « des hommes qui souillent « d'une façon aussi dégoûtante une profession honorable doivent « être signalés, et qu'on ne saurait assez flétrir leurs méfaits. » Nous avons cependant un reproche à faire à l'auteur : celui de n'avoir pas averti son lecteur qu'il se trouve parmi les oculistes qui voyagent quelques hommes qui ont toujours su se concilier l'estime et la considération, non-seulement du monde, mais aussi des gouvernements, auxquels ils ont rendu des services aussi signalés que désintéressés, et du corps médical, qui les a toujours recherchés pour l'instruction qu'il retire de ses relations avec eux. Il y a injustice flagrante à ne pas honorer l'abnégation dont ils fournissent chaque jour de nouvelles preuves. Ainsi que nous l'avons indiqué, la *Physiologie de l'oculiste ambulant* est autographiée ; M. Denoog annonce qu'il va la livrer à l'impression : nous espérons bien qu'il tiendra compte de nos observations, si toutefois elles lui parviennent, et qu'il modifiera son œuvre dans le sens que nous avons indiqué.

La *Physiologie de l'oculiste ambulant* paraît avoir été écrite pour la France ; du moins c'est de Lille qu'elle nous a été adressée par la poste. Si elle est imprimée, nous lui prédisons une grande vogue chez nous, aussi bien que de l'autre côté de Quiévrain.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Warnatz (G. H.). — *Ueber das Glaucom.* — Neue Bearbeitung einer von der Redaction der *Annales d'Oculistique* zu Brüssel gekrönnten Preisschrift. Leipzig, 1844, Teubner, 8° pp. XIV-153, avec deux belles planches coloriées.

(Nous rendrons compte de ce mémoire couronné par les *Annales d'Oculistique*. Nous dirons aujourd'hui que l'auteur, avant de le publier, a mis à contribution les recherches de M. Sichel sur le glaucôme, qui n'avaient pas encore paru à l'époque de la rentrée des mémoires qui ont pris part au concours que nous avions ouvert sur cette question.)

Liharzik (J. P.). — *Darstellung sammtlicher Augen-Operationen, welche auf Cadaer erlernt werden können, nach den an der Wiener Hochschule gebrauchlichen Methoden.* Wien, 1844, 8°.

(Ce volume renferme la description des diverses opérations qui peuvent être enseignées sur le cadavre, d'après les méthodes en usage à l'Université de Vienne, en d'autres termes, d'après les méthodes de M. Rosas, ou adoptées par ce professeur. On n'y trouve rien qui ne soit décrit avec plus de soin et avec plus de précision historique dans l'excellente *Chirurgie oculaire* de M. Deval, dont il a été rendu compte par M. Gouzée dans notre livraison de janvier.)

CHRONIQUE.

Liége. — Voici le mouvement du dispensaire ophthalmique dirigé par M. le docteur Jules Ansiaux, pendant l'année 1844 : Le nombre des malades s'est élevé à 445 ; de ce nombre, 336 ont été radicalement guéris ; 3 ont été reconnus incurables ; 52 restaient en traitement au 31 décembre. Il a été pratiqué, pendant l'année écoulée, 26 opérations de cataracte, 1 pupille artificielle, 12 strabismes, 3 fistules lacrymales, 1 restauration des paupières. — « C'est avec bonheur, dit la *Sentinelle des Campagnes*, que chaque année nous enregistrons les beaux résultats obtenus au dispensaire ophthalmique de Liége. Le gouvernement, en s'adressant à la commission des hospices civils de Liége pour obtenir, *en faveur d'un oculiste ambulant*, l'autorisation de traiter les sujets atteints d'affections oculaires qui se trouvent dans les différents hôpitaux soumis à son administration, paraît seul ignorer que la ville de Liége possède des sommités médicales qui ne refusent jamais leurs soins éclairés et gratuits aux indigents. »

La Haye. — L'article 11 du projet de loi sur l'exercice de la médecine, qui va être soumis aux États-Généraux, est ainsi conçu : « La qualification « particulière d'*oculiste* (oogmééster) ne peut être obtenue que par des doc- « teurs en chirurgie, qui, dans une épreuve expresse subie devant des exa- « minateurs à nommer plus tard, seront trouvés posséder une habileté et une « expérience particulières dans le traitement des maladies des yeux et de la « vue (*bevonden zijn bijzondere geschiktheit en ervaring te bezitten in het « behandelen van ziekten der oogen en het gezigt*). »

Marseille. — Les lignes qni suivent sont extraites de *La Clinique de Marseille* :

Aimez-vous l'oculiste, on en a mis partout.

« Tel est le vers que me décocha l'autre jour un confrère en voyant les murs de notre ville tapissés d'affiches miraculeuses touchant les succès obtenus par la méthode de M. Pierre, la pommade de M. Paul et le collyre de M. Jacques. — Là, c'est le dispensaire ophthalmique qui annonce à tous les pauvres le *fiat lux* tant désiré. — Ici, c'est un ex-interne de je ne sais plus quel ex-hôpital qui annonce à tous les Quinze-vingts son passage, et son domicile surtout. — D'un côté, le placard-Croze se pavane avec orgueil, et de l'autre, la veuve Farnier (toujours inconsolable) étale l'authenticité de ses certificats ophthalmiques. — Et que l'on s'étonne de voir donner à notre époque le titre glorieux de *siècle des lumières* ; ce titre, elle l'a mérité, grâce au nombre toujours croissant de *charitables oculistes* dont on ignore le plus souvent l'*extraction*, et qui arrivent toujours à la fortune par *abaissement*. — Les pupiles de Searpa en frémiront bientôt !...

« Il n'y a pas longtemps encore, les médecins voyageurs cherchaient l'argent et la gloire par un tout autre *canal*, par exemple : celui de *l'urèthre*. La blennorrhagie et la syphilis formaient le piédestal du veau d'or. Mais depuis que MM. Giraudeau, Veneau, et une foule d'autres, ont écrit si clairement sur cette affection qu'on ne s'y reconnaît plus du tout, les commis-voyageurs médicaux ont dit bon soir à la salsepareille sans mercure et au copahu sans odeur, pour se lancer dans l'*oculistique*.

Or, vous comprenez que lorsqu'on est oculiste, il est toujours facile de jeter de la poudre aux yeux du public et de la changer en poudre d'or ou d'argent, surtout lorsque l'oculiste a l'œil, et il l'a toujours. D'un autre côté, la passagère hirondelle chirurgicale, qui bâtit son nid partout et nulle part, sait toujours se faire bien payer ; et dès qu'elle a vidé les bourses et les *chambres antérieures* ou *postérieures*, ouvert les yeux aux méfiants, et fermé ceux de ses malades, elle lève la patte, part, et

Va dans une autre patrie,
Va, va cacher son bonheur !

« Ce qu'il y a de plus positif dans cette affaire, c'est que ces chirurgiens nomades, qui pratiquent *indistinctement, et sans douleur*, toutes les opérations sur les yeux, n'en font jamais une seule *à l'œil*. »

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIII. — 3e série. Tome Ier. — 4me livraison.

AVRIL 1845.

DE L'INFLUENCE DE LA COMMOTION SUR L'OEIL;

Par le docteur HEYFELDER,

Professeur ordinaire et directeur de la clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université d'Erlangen (Bavière).

(Traduit de l'allemand, sur le manuscrit de l'auteur, par le docteur PH. J. VAN MEERBEECK, d'Anvers.)

C'est une chose digne de remarque que les commotions du cerveau, de la moelle épinière, des muscles, des nerfs, de la poitrine, etc., soient longuement décrites dans différents chapitres des livres classiques et des manuels de chirurgie et d'ophthalmologie, tandis que ces ouvrages ne parlent point, ou ne s'occupent que d'une manière très-superficielle de l'influence des commotions sur l'organe de la vue. Et cependant on ne peut nier que, dans toutes les blessures de la tête, des parties qui environnent l'orbite, et de l'œil lui-même, il n'existe un degré plus ou moins considérable de commotion, qui se fait toujours sentir plus ou moins fortement dans l'œil, et place cet organe dans une situation qui n'est pas exempte de danger. Nous croyons même ne pas aller trop loin en posant en fait que les suites fâcheuses d'une lésion de l'œil ou des parties voisines dépendent en réalité presque toujours de la commotion qui l'accompagne.

Dans toute blessure, la partie affectée est atteinte en même temps d'une commotion d'autant plus forte que l'instrument vulnérant est plus obtus. Cette même commotion produit une perturbation dans les rapports de cohésion, perturbation qui dans les cas moins graves n'est que de courte durée, mais qui, passagère ou permanente, occasionnera toujours dans la partie lésée quelque irritation inflammatoire dont l'effet ne se borne qu'exceptionnellement aux endroits immé-

diatement atteints, mais qui, ordinairement, s'étend aux organes contigus et même à quelques autres assez éloignés. Ceci provient de ce que la force de l'instrument qui occasionne la blessure est rarement neutralisée d'une manière parfaite et pour ainsi dire localisée par le fait de la solution de continuité qu'elle a produite dans la partie affectée.

On doit d'autant moins s'attendre à voir la force vulnérante s'épuiser complétement dans l'endroit immédiatement atteint, que celui-ci est moins protégé par des parties molles et que l'enveloppe osseuse qu'entourent ces dernières contient des organes plus tendus ou plus élastiques, comme c'est le cas, par exemple, à la tête et à la poitrine. Dans les blessures de la tête surtout, l'effet de la commotion n'est que rarement neutralisé par la solution de continuité des parties molles qui enveloppent le crâne; le plus souvent, il se porte sur les os : ceux-ci le communiquent ensuite au cerveau et à ses membranes, qui, par suite de cette transmission, acquièrent un mouvement oscillatoire que chacune des parties de cette masse élastique s'envoie et se renvoie réciproquement, et en vertu duquel elles sont projetées contre les parois du crâne et repoussées alternativement par celles-ci. Cet état de choses doit nécessairement produire l'interruption des mouvements naturels du cerveau et apporter du trouble à la circulation du sang dans les vaisseaux de cet organe et de ses membranes; d'où résultent non-seulement les phénomènes qui accompagnent la commotion cérébrale, mais encore ceux qui doivent être considérés comme la conséquence immédiate de cette affection (1).

Pareille chose s'observe dans les commotions de la poitrine; mais ici les accidents immédiats et consécutifs sont moins prononcés que dans les lésions du crâne produites par un instrument contondant, et cela par suite de la structure anatomique de la cavité thoracique. Au reste, dans les commotions de la poitrine et celles de la tête, l'effet produit est le même. Les os qui entourent la cavité thoracique transmettent le choc qui leur est communiqué aux poumons, aux plèvres, au cœur et aux gros vaisseaux. Ces parties acquièrent par là un mouvement oscillatoire, elles sont alternativement projetées contre les parois thoraciques et repoussées par celles-ci; et tandis que chacun de ces organes participe à ces mouvements, il

(1) Von Walther, *Ueber Trepanation nach Kopfverletzungen*, dans le *Journal fuer Chirurgie und Augenheilkunde*, t. XVI, p. 11.

en résulte une interruption dans leurs fonctions ; la circulation du sang qui les traverse est troublée, et même une déchirure de leur substance n'est pas impossible.

En cela nous sommes d'accord avec M. de Walther, qui considère la commotion, particulièrement celle du cerveau, comme un effet originairement et purement mécanique de la force vulnérante ; effet qui, comme tel, est de courte durée, puisque les oscillations des organes affectés cessent bientôt, tandis que leurs effets persistent et se manifestent dans une série de réactions dynamico-vitales (1).

Les phénomènes immédiats, ainsi que ceux qui suivent, surtout ceux que nous avons désignés comme symptômes de réaction, dépendent du plus ou moins de violence de la commotion : légère, elle se dessine sans laisser des traces appréciables ; c'est-à-dire que la partie affectée ne subit aucun trouble ostensible, et que plus tard il ne se déclare ni réaction ni aucun changement organique. Au degré le plus élevé, survient l'anéantissement instantané, soit de l'individu, soit des fonctions de l'organe qui a été principalement atteint ; de telle sorte que, dans ce cas, le temps nécessaire pour la production des symptômes de réaction manque tout à fait. Dans les cas intermédiaires entre les deux extrêmes que nous venons de mentionner, il y a d'abord suspension, ne fût-elle que passagère, des fonctions de la partie affectée, ou bien même leur dérangement ; d'où résultent principalement les symptômes de désordres qui ne se manifestent que plus tard, tels que la congestion sanguine vers l'organe commotionné, congestion qui, si elle n'est pas combattue et arrêtée par un traitement approprié, se transforme en une véritable inflammation, due à la perturbation et à l'interruption de la circulation sanguine dans les vaisseaux de ce même organe.

La commotion de la tête est toujours accompagnée de celle des yeux ; et même, *a priori*, on ne peut guère se figurer que l'une puisse être produite sans l'autre. Aussi la coexistence de la commotion oculaire avec celle de la tête se déduit-elle de la circonstance que les individus atteints se plaignent de photopsie et d'autres hallucinations qui dépendent de la lésion de la rétine et du système nerveux ciliaire. Himly (2) indique comme cause d'amaurose l'ébranlement violent du cerveau occasionné par un coup ou la chute d'un corps pesant sur la tête, ou même résultant d'un soufflet appliqué ; or, cette

(1) *Loc. cit.*

(2) *Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges*, t. II, p. 418.

amaurose ne peut survenir qu'à la suite de la transmission de la secousse cérébrale à l'œil.

L'effet de la commotion se trouve si rarement borné à la partie immédiatement frappée, que l'on doit peu s'attendre à cette neutralisation dans l'œil, dont la structure sphérique est déjà par elle-même appropriée à l'extension de la secousse à toutes les parties de cet organe. En conséquence, ici aussi le choc violent est originairement et purement dû à l'action mécanique d'une force vulnérante. Cet effet est passager; mais ses résultats persistent et se montrent soit sous forme d'une irritation inflammatoire, soit de réactions dynamico-vitales, qui ne deviennent que trop souvent dangereuses pour la faculté visuelle, si déjà la commotion elle-même n'a pas été assez forte pour la détruire de prime abord. Pour en arriver là, il n'est pas du tout nécessaire que le bulbe lui-même ait été immédiatement atteint par la puissance perturbatrice; il suffit que cette puissance ait porté sur le front, sur les régions orbitaires ou temporales, pour produire la commotion de chacune des parties contenues dans le globe oculaire, de tous les tissus situés dans la cavité de l'orbite, et pour occasionner, d'après le degré de violence, divers états pathologiques de l'œil. Cependant ce sont surtout les commotions sur la région frontale et surcilière qui paraissent être nuisibles pour l'organe de la vue; du moins, elles le sont à un plus haut degré que lorsque la région temporale ou d'autres parties de la tête sont atteintes, comme paraît l'avoir observé M. Guépin, de Nantes (1).

La commotion qui porte sur tout le muscle élévateur de la paupière supérieure peut placer celui-ci dans un état de paralysie passagère ou permanente; de sorte qu'il en résulte un ptosis. Des exemples de cette affection à la suite de violences sont, il est vrai, peu communs, mais ils ont été observés; de sorte que ce mode de production ne peut être nié.

Les commotions qui atteignent l'œil ou les parties qui l'environnent peuvent se réfléchir dans les paupières et en provoquer l'inflammation. La blépharite qui reconnaît pour cause une pareille commotion a de la tendance à prendre le caractère phlegmoneux et se termine par l'altération du cartilage tarse et le rétrécissement de la paupière; d'où résulte alors une lagophthalmie qui prive l'œil de son voile protecteur et le rend plus tard le siége d'une kératite chronique, se terminant par l'obscurcissement de la cornée.

(1) *Annales d'Oculistique*, juillet 1843, p. 36.

Il peut aussi se manifester, après les commotions, des ecchymoses dans les paupières et des épanchements sanguins sous la conjonctive. L'un et l'autre de ces deux états se présentent cependant rarement d'une manière isolée.

Je ne discuterai pas la question de savoir si par l'influence de la commotion il se produit des lésions de continuité et autres altérations dans les organes lacrymaux, parce que, sous ce rapport, je manque absolument de faits positifs qui puissent le démontrer. Si les tissus qui forment les organes lacrymaux sont sains, on ne peut guère s'attendre, eu égard à leur structure anatomique, à une solution de continuité de ces organes par le fait d'une commotion; leur affection inflammatoire en devrait être plutôt le résultat.

Des commotions qui se communiquent surtout aux muscles du globe oculaire peuvent en occasionner la paralysie permanente ou temporaire, d'où résulte un strabisme dans l'une ou l'autre direction. Le strabisme divergent semble être constamment le résultat d'une paralysie du muscle droit interne; ce qui fait que dans ce cas la section du muscle droit externe n'est pas suivie de succès. Il m'est arrivé de rencontrer un cas dans lequel, à la suite d'une violente secousse cérébrale produite par une chute sur la région orbitaire, il se manifesta d'abord de la photopsie, plus tard un affaiblissement considérable de la faculté visuelle avec dilatation de la pupille, et, en dernier lieu, un strabisme divergent. On a remarqué que le strabisme survenant à la suite de commotion est constamment accompagné d'une débilité notable de la faculté visuelle et de dilatation de la pupille : M. Guépin, de Nantes, fait particulièrement mention de cette circonstance.

Il ne paraît pas que l'on ait observé la solution de continuité d'un ou de plusieurs muscles de l'œil à la suite de commotion; aussi la situation et la structure de ces muscles ne laissent guère supposer que cette solution soit possible.

Lorsque tous les muscles de l'œil sont paralysés par suite d'une commotion, il se produit une procidence du globe oculaire. Du reste, il n'est pas même nécessaire que tous les muscles de l'œil soient frappés de paralysie pour voir se produire un prolapsus du bulbe; car un épanchement sanguin dans le fond de l'orbite, provoqué par la rupture d'un vaisseau occasionnée par la commotion, est suffisante pour pousser l'œil hors de sa cavité.

On a aussi observé des irritations inflammatoires, des ulcérations et des solutions de continuité de la cornée à la suite de commotions;

et pour amener ces états, il n'est pas toujours nécessaire que la force qui produit la commotion ait atteint l'œil lui-même. Un coup de poing, porté sur les os qui entourent l'œil, est suffisant pour occasionner une kératite aiguë ou chronique avec tendance à la suppuration et à la collection du pus entre les lames de la cornée.

Dans d'autres cas, la commotion ne produit pas une kératite, mais bien l'inflammation de la membrane de Descemet, inflammation qui tend aussi à se terminer par suppuration; de sorte que, dans cette circonstance encore, comme dans toutes les inflammations provoquées par une commotion, il y a une forte tendance à la suppuration. Si cette dernière a lieu, le pus s'accumule dans la chambre antérieure et se fraie une issue au dehors par les lames de la cornée qui se ramollissent et s'ulcèrent.

M. Guépin en rapporte des exemples, et je ne doute point qu'on n'en ait observé d'autres.

L'inflammation de l'iris avec tendance à l'exsudation arrive assez souvent sous l'influence d'une commotion sur l'œil ou les parties qui l'entourent; c'est là ce que j'ai observé chez un enfant qui avait reçu un coup de poing sur la région temporale. — M. Guépin fit un jour l'examen anatomique d'un œil ainsi lésé et trouva, entre autres désordres, la membrane iridienne dans un état d'hypertrophie et un dépôt albumineux à la face postérieure de l'iris.

Dans un autre cas où la conjonctive, la cornée et l'iris avaient surtout souffert de la commotion, M. Guépin vit, malgré un traitement approprié, l'œil devenir cancéreux; de sorte qu'on ne put éviter son extirpation.

Des obscurcissements du cristallin et de sa capsule sont souvent la suite d'une commotion, soit que celle-ci ait porté immédiatement sur l'œil ou ses environs, soit qu'ayant eu lieu dans un endroit plus éloigné, son effet se soit fait sentir sur l'organe de la vision. Dans un pareil cas, le mode de production de la cataracte varie : tantôt il est lent, tantôt rapide, et dans quelques cas il est pour ainsi dire instantané.

Il peut se développer à la suite de la commotion une ophthalmie interne qui, lorsqu'elle est négligée ou traitée peu méthodiquement, se propage à la paroi antérieure de la capsule et en détermine l'obscurcissement. Comme les autres tissus de l'œil participent plus ou moins à cette ophthalmie, il en résulte très-souvent des adhérences de la capsule obscurcie avec l'uvée et la membrane hyaloïde, et, en outre, d'autres altérations dans les membranes internes.

Indépendamment du mode de production de la cataracte que nous venons d'indiquer, l'obscurcissement du cristallin et de sa capsule peut encore être provoqué, à la suite d'une commotion, par le fait que la capsule se trouve séparée de ses connexions avec les tissus contigus, et qu'en conséquence la circulation est détruite dans les vaisseaux qui pourvoient à la nutrition du cristallin et de sa capsule. Il est généralement reçu que la paroi antérieure de la capsule est privée de vaisseaux, et qu'il n'y a que la paroi postérieure qui soit pourvue de quelques artérioles qui proviennent de l'artère centrale de la rétine. On admet aussi que les anastomoses de ces artérioles avec les artères ciliaires et rétiniennes ne persistent que chez les adultes.

Si ces données sont exactes, la commotion doit agir d'une manière perturbatrice sur ces vaisseaux et préparer ainsi la voie à la formation d'une cataracte. Cependant Henle assure qu'il n'a pu trouver de vaisseaux capillaires ni dans la cavité orbiculaire du corps vitré, d'où devrait sortir, comme on sait, l'artère capsulaire, ni dans la zonule de Zinn. Il part de là pour conclure que ce doivent être la choroïde et les procès ciliaires qui produisent les liquides de l'œil et pour expliquer la nutrition du cristallin et de sa capsule, ainsi que celle du corps vitré et de la zonule de Zinn, par l'imbibition du sérum qui circule autour de ces parties (1).

Si l'opinion de Henle peut être admise, l'origine de la cataracte dépendrait d'un trouble de la circulation dans les vaisseaux de la choroïde et du corps ciliaire; mais alors, sous l'influence de ces circonstances, il doit se développer en même temps des altérations dans d'autres tissus de l'œil, et il deviendrait évident que pour la production de la cataracte il n'est pas nécessaire que la capsule cristalline soit séparée de ses connexions avec les parties contiguës.

Nous ne voulons ni ne pouvons décider si Henle a raison, ou si l'on doit préférer l'opinion, antérieurement reçue, que la nutrition du cristallin et de sa capsule se ferait par l'intermédiaire de vaisseaux sanguins qui ramperaient dans la paroi postérieure de la capsule; nous nous bornerons à dire que, lorsque l'intégrité des vaisseaux, d'où dépend la nutrition de la capsule, a subi quelque altération, les fonctions de la capsule sont nécessairement dérangées. De ce trouble il résulte que la sécrétion de l'humeur de Morgagni, qui entretient la nutrition et la conservation du cristallin, ne se fait plus

(1) *Allgemeine Anatomie.* Leipzig, 1841, p. 535.

d'une manière normale, mais subit, sous le rapport de la quantité et de la qualité, un changement tel, que l'opacité du cristallin et de sa capsule en devient la conséquence (1).

Sous l'influence des conditions mentionnées plus haut, la cataracte se forme d'une manière inaperçue et sans accidents particuliers. Le blessé ne s'aperçoit pas d'abord d'une diminution de la faculté visuelle; ce n'est qu'après plusieurs semaines que l'obscurcissement devient sensible : sa marche est lente, et une cécité complète tarde également à se manifester.

La cataracte à la suite d'une commotion peut se produire d'une troisième manière encore : c'est lorsque, sous l'influence de la commotion, la capsule se déchire, que l'humeur de Morgagni se perd, et que l'humeur aqueuse pénètre par la déchirure de la capsule jusqu'au cristallin, qu'elle rend opaque et dont elle peut plus tard déterminer la dissolution. De cette manière la guérison spontanée de la cataracte est rendue possible.

Lorsque l'intégrité de la capsule cristalline et des vaisseaux qui servent à sa nutrition n'est pas détruite, et que l'action de ces derniers n'est pas complétement anéantie par la commotion, il n'en résulte pas une opacité totale du cristallin, probablement parce que la quantité et la qualité de l'humeur de Morgagni n'ont pas subi de changements notables. Alors on peut espérer, chez des individus jeunes et robustes, que cette opacité incomplète du cristallin se dissipera.

La procidence du cristallin reconnaît pour origine, si pas exclusivement, du moins le plus souvent, une cause traumatique; et dans ces cas elle est ordinairement le résultat de lésions accompagnées de fortes commotions. Parmi ces causes se rangent : des chocs et des coups sur l'œil, sur le front, sur les régions sus-orbitaire et temporale; des chutes sur la tête ou sur les joues; un vigoureux soufflet; des chutes sur le ventre ou sur les fesses; un ébranlement violent pendant l'équitation ou pendant une course dans une voiture incommode, par des chemins raboteux; de forts éternûments; des accès de toux, par exemple, dans la coqueluche; des vomissements; même une frayeur intense (2). La procidence s'effectue par la raison que la capsule

(1) Comparez avec ce qui précède ce que M. Chelius a dit à ce sujet dans les *Heidelberger klinische Annalen*, t. IV, p. 524.

(2) Voir Cunier, *du déplacement spontané du cristallin*, *Ann. d'Oculist.*, vol. I, liv. IV et VI, et Gebhardt, *Ueber Vorfall der Krystallinse des menschlichen Auges*, dans les *Heidelberger medizinische Annalen*, 1843, liv. XII et XIII.

s'étant déchirée sous l'influence de la commotion, elle livre passage au cristallin, ou bien encore parce que la capsule se sépare de ses connexions, c'est-à-dire du bord interne de la zone ciliaire de Zinn, qui recouvre le canal de Petit, et de la membrane hyaloïde dans la cavité orbiculaire du corps vitré, et qu'ainsi le cristallin est entraîné par la capsule. Ce dernier cas est le plus rare et laisse à juste titre présumer qu'il existait une affection ancienne des tissus de l'œil contigus au cristallin.

La commotion qui produit une procidence du cristallin occasionne quelquefois aussi une déchirure de la membrane hyaloïde; d'où il résulte que le déplacement du cristallin peut être compliqué d'une procidence du corps vitré et d'autres états pathologiques.

La procidence du cristallin qui se manifeste à la suite d'une commotion directe ou indirecte de l'œil arrive parfois immédiatement après celle-ci; d'autres fois il se passe quelque temps avant que le cristallin quitte sa position naturelle. Cependant je ne déciderai pas si une procidence du cristallin qui arrive deux et six ans après que la commotion a eu lieu peut encore être attribuée à cette cause, comme Camerer (1) et Middlemore (2) sont portés à l'admettre : il est probable que, dans ces cas, le cristallin s'est déjà détaché, au moins partiellement, de ses connexions immédiatement après la commotion; d'où il sera résulté une procidence incomplète qui ne sera devenue complète qu'après un temps assez long.

Selon que la commotion aura agi plus ou moins fortement sur les tissus de l'œil, et selon que ceux-ci auront pu opposer une résistance plus ou moins énergique à son influence, le cristallin prolabé restera dans la chambre postérieure, ou se placera dans la pupille ou près de cette membrane; ou bien encore il passera dans la chambre antérieure. Il se peut aussi qu'en même temps que la capsule du cristallin se déchire, pareille lésion soit produite dans la choroïde et la sclérotique, ou dans la cornée. Dans le premier cas, le cristallin se porte, par la déchirure de la choroïde et de la sclérotique, sous la conjonctive et y forme une tumeur saillante (3); dans le second, il peut

(1) *Wurtemb. med. Corresp.-Blatt*, t. IV, p. 45.

(2) Fricke's und Oppenheim's *Zeitschrift für die gesammte Medicin*, t. X, liv. IV, p. 557.

(3) Des exemples du premier cas se trouvent dans la *Medical Gazette* du 30 nov. 1831, et dans Pfaff's *Mittheilungen*, 1841, liv. I et II. Ils ont été cités par Gebhardt, p. 183 et 184.

échapper par la blessure de la cornée, comme dans l'opération de la cataracte par extraction (1).

Des ecchymoses entre la conjonctive et la sclérotique sont fréquemment la suite d'une commotion, soit que celle-ci ait agi sur l'œil lui-même, soit qu'elle se soit fait sentir dans la tête ou dans le corps entier ; de là résulte que l'on observe ces ecchymoses après des éternûments violents, après de forts accès de toux, et particulièrement dans la coqueluche.

Si la commotion a été très-forte, on trouve encore, indépendamment de ces ecchymoses, des altérations dans l'iris, la choroïde, la rétine, etc. C'est ainsi qu'il peut arriver que des déchirures surviennent dans la zone ciliaire ou dans le bord pupillaire de l'iris ; ce qui amène des épanchements sanguins dans les chambres antérieure et postérieure, épanchements d'autant plus considérables que l'iris est plus riche en vaisseaux ; ce qui est surtout le cas lorsque cette membrane offre une couleur foncée.

Du reste, l'hémophthalmie peut encore reconnaître une autre cause lors des commotions, parce que celles-ci peuvent également produire une déchirure de la choroïde et du corps ciliaire, déchirures qui occasionnent aussi un épanchement sanguin dans les chambres de l'œil.

L'expérience a prouvé que l'influence d'une commotion résultant d'une force agissant sur la région orbitaire produit surtout des déchirures dans les tissus internes de l'œil, de la choroïde, du corps ciliaire, de l'iris, etc.; d'où il résulte que la perturbation violente qu'éprouve cette région amène particulièrement une hémophthalmie, dont l'existence, dans les cas où une force mécanique a agi indique clairement la déchirure de l'un des tissus internes et nobles de l'œil que nous venons de mentionner.

Il se peut que le corps ciliaire, aussi riche en nerfs qu'en vaisseaux, soit simplement, par le fait d'une commotion, atteint de paralysie, sans qu'en même temps une déchirure ait lieu ; circonstance dans laquelle il n'y aura naturellement pas d'épanchement sanguin, mais bien une diminution dans la faculté visuelle.

Les commotions légères de la rétine produisent une diminution dans la faculté visuelle et occasionnent souvent en même temps d'autres accidents de la même nature que ceux qu'on observe dans les commotions cérébrales ; savoir : des nausées, des vomissements

(2) GEBHARDT, *loc. cit.*, p. 179.

bilieux, des vertiges, et une diminution passagère de la mémoire. Ces accidents se montrent même dans les troubles les plus légers de la rétine, par exemple, après l'opération de la cataracte.

Toute commotion de la rétine, même lorsqu'elle est très-légère, peut produire une rétinite qui se termine, sinon d'une manière absolue, du moins très-souvent, par une cécité amaurotique.

Si la commotion a été assez forte pour occasionner une déchirure de la rétine, une cécité instantanée en est la conséquence. Alors la pupille se dilate de telle manière que l'iris n'apparaît plus que comme un ourlet très-étroit sur le cercle ciliaire, et que même il ne se contracte plus sous l'impression des rayons lumineux les plus intenses.

Si, à la suite de la commotion de la rétine, aucune déchirure n'a eu lieu, mais qu'une rétinite se soit développée, on voit la pupille se contracter aussitôt, mais conserver sa forme régulière, sans devenir jamais anguleuse. Dans ce cas, si on ne parvient pas à arrêter rapidement les progrès de la rétinite, la contraction de la pupille est suivie de la dilatation décrite plus haut, et le patient devient aveugle.

D'un autre côté, l'inflammation de la rétine, provoquée par la commotion, peut s'étendre au nerf optique, au cerveau et à ses membranes, et produire la méningite, l'encéphalite et les convulsions les plus formidables, même le trismus et le tétanos, et finalement la mort.

Les commotions occasionnent parfois plus tôt ou plus tard, d'après Himly (1), une paralysie partielle de la rétine; d'où résultent tantôt une hémiopie, tantôt une vision troublée, comme si le malade voyait à travers un nuage d'abord des flammes et des traînées lumineuses, plus tard des ombres épaisses, et d'autres hallucinations visuelles. Dans d'autres cas, le malade est affecté de diplopie ou de strabisme. Ce dernier paraît cependant dépendre plutôt d'une paralysie de quelques nerfs musculaires de l'œil que de la paralysie de la rétine.

Les commotions de la rétine peuvent donc produire la paralysie de cette membrane, soit par solution de continuité, soit par compression, et anéantir de cette manière instantanément la faculté visuelle; ou bien elles opèrent cet effet médiatement par une irritation inflammatoire qui se développe plus tard et se termine par exsudation; de sorte que, de cette façon, les fonctions de la rétine cessent

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 388.

tout aussi bien que par la paralysie survenue immédiatement.

Une observation communiquée par M. Guépin, de Nantes (1), prouve que la rétine peut se couvrir d'une exsudation. Dans le cas cité par cet auteur, cette membrane était presque entièrement recouverte d'une exsudation albumineuse.

Il n'est pas très-rare de voir se développer une inflammation du nerf sus-orbitaire à la suite d'une commotion qui a porté son action sur les régions orbitaire et temporale. Cette inflammation tend à s'étendre au loin et se propage même quelquefois jusqu'au nerf optique, et peut ainsi produire une amaurose.

D'après ce que nous avons observé, la rétine peut se déchirer dans les fortes commotions et une cécité instantanée en être la conséquence; ce qui toutefois peut arriver aussi alors que c'est seulement le corps ciliaire qui se déchire. Dans ce dernier cas, l'iris perd sa faculté motrice, la pupille est dilatée et présente une forme ovale particulière (2). Ceci n'étonne guère lorsqu'on considère que cette faculté motrice de l'iris est sous la dépendance du corps ciliaire. La pupille doit donc cesser de réagir contre l'impression de la lumière dès que le corps ciliaire est réduit à une inactivité absolue.

L'amaurose qui survient à la suite de ces commotions dépend donc, ou bien d'une affection de la rétine, ou bien d'une maladie du corps ciliaire. Elle en est l'effet immédiat quand la déchirure de l'un ou de l'autre de ces tissus a eu lieu. Si l'amaurose ne survient que secondairement à la suite d'une commotion qui a frappé directement le nerf sus-orbitaire, elle dépend de l'inflammation de ce nerf, qui s'est étendue à la rétine, au nerf optique ou au corps ciliaire.

La commotion elle-même du nerf sus-orbitaire est cependant absolument nécessaire dans ce cas pour que la cécité survienne. Ce qui le prouve, c'est que, d'après le témoignage de Himly (3), la cautérisation de ce nerf au moyen de l'arsenic, dans les tumeurs cancéreuses de cette partie, peut bien produire l'insensibilité de la région sus-orbitaire, mais jamais une cataracte; c'est que des sections de ce nerf n'entraînent jamais ni une dilatation de la pupille ni une amaurose. Des expériences nombreuses, faites sur des animaux, sont venues corroborer cette opinion, de même que la circonstance que

(1) *Loc. cit.*, p. 44.

(2) Von Walther dans le *Journal für Chirurgie and Augenheilkunde*, vol. I, h. I; et vol. XXII, liv. 2. — Guépin, *loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*, vol. I, p. 88.

lorsqu'on a fait la section de ce nerf pour des névralgies, il n'en est jamais résulté une altération dans la faculté visuelle; ce que, entre autres, Himly atteste encore (1).

De ce qui précède, il résulte que le pronostic des commotions de l'œil est, dans toutes les circonstances, très-grave, parce qu'elles menacent l'organe de la vision et qu'elles produisent une cécité incurable si on ne peut y porter un prompt remède. Le pronostic est plus défavorable encore lorsque la commotion frappe des yeux affaiblis, surtout chez des personnes affectées de quelque dyscrasie ou atteintes de rhumatisme ou d'autres diathèses morbides, parce que alors, de la réunion de ces différentes circonstances, il peut surgir des conséquences très-fâcheuses qui compromettent la vue.

Pour ce qui regarde la question de savoir quel est le traitement à instituer dans une commotion qui s'est surtout fait sentir sur l'œil, nous répondrons qu'il découle de ce que nous venons d'établir. On doit distinguer la commotion elle-même de ses suites. La commotion est une impulsion mécanique; il est donc impossible d'apporter quelque changement (comme le dit de Walther), à son action primitive : il ne reste plus qu'à reconnaître dans l'œil les effets qu'elle a produits, qu'à prévenir les suites, ou au moins, si cela n'est pas *possible*, qu'à les mitiger.

La conséquence immédiate d'une commotion, quel que soit l'organe ou le tissu dans lequel elle s'est fait sentir, est une irritation congestive avec propension manifeste à l'inflammation : des saignées générales et locales, avec l'application topique du froid, doivent donc servir de base au traitement. Ces moyens sont suivis de bons résultats aussi bien dans les commotions de l'œil que dans celles du cerveau, de la moelle épinière, ou des organes thoraciques. Ensuite on doit recommander le repos et tâcher de prévenir l'action de certaines circonstances qui peuvent devenir la cause d'altérations consécutives; cela seul suffira dans les cas légers. Pour ceux qui ont de la gravité, lorsque l'action fonctionnelle de l'œil est totalement anéantie, il ne peut guère être question d'indiquer un traitement quelconque, si ce n'est d'empêcher que les effets de la commotion ne réagissent sur d'autres organes; et dans ce cas encore, il ne nous reste d'autre indication ni d'autre moyen que l'application du froid et des émissoins sanguines.

(1) *Loc. cit.*, p. 86.

DE LA PRÉTENDUE INFLUENCE DES CLIMATS SUR LA PRODUCTION DE LA CATARACTE, OU DE L'INNOCUITÉ DE LA RÉVERBÉRATION DIRECTE DE LA LUMIÈRE SUR LES MILIEUX RÉFRINGENTS DE L'ŒIL;

Par S. Furnari, D. M., etc., à Paris.

Une opinion ancienne et presque générale considère la réverbération directe de la lumière et du calorique sur l'appareil du cristallin comme une des causes productrices de la cataracte dans les contrées méridionales. Cette affection, si telle était sa cause réelle, devrait nécessairement être très-commune dans nos possessions d'Afrique. Eh bien ! nous déclarons que, les ayant parcourues précisément dans le but d'y étudier l'ophthalmologie, ce qui nous a le plus étonné, c'est au contraire l'excessive rareté de la cataracte parmi les indigènes. Nous pouvons en dire autant de la réverbération de la lumière sur des surfaces couvertes de neige dans les contrées septentrionales.

Voilà donc une opinion à réformer, ou plutôt à rayer définitivement dans les livres de médecine, car nous ne connaissons rien qui ne doive céder devant des faits constants et bien observés.

Comme nous n'avons d'autre intérêt que celui de la science et de la vérité, nons n'hésiterons pas à nous exécuter nous-même dans cette circonstance. Nous sommes de ceux qui, d'après le témoignage d'écrivains et de voyageurs recommandables, avaient partagé l'erreur que nous combattons aujourd'hui. Voici donc ce que nous avons écrit, il y a quatre ans, dans une autre publication (1) : « La cataracte est très-commune chez les personnes exposées à la réverbération d'un soleil ardent sur des terrains blancs et sablonneux. L'action prolongée d'une lumière naturelle très-vive, réfléchie par des surfaces couvertes de neige, produit le même résultat. »

Examinons maintenant les faits : tous, au contraire, établissent, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'innocuité de la lumière naturelle très-vive sur l'appareil du cristallin.

Pendant la durée de notre mission à Alger, Constantine, Oran, Bone, Bougie, Philippeville, Gigelly, et dans toutes les villes et tribus que nous avons parcourues, nous n'avons rencontré qu'une quinzaine de cataractes franches et sans aucune complication. Nous avons visité, il est vrai, plusieurs personnes affectées de cataracte

(1) *Traité pratique des Maladies des yeux.*— Paris, 1841 ; chez J.-B. Baillière.

qui se sont présentées à Alger, au bureau arabe de Mecque et Médine ; mais ces cataractes étaient le résultat d'ophthalmies chroniques très-intenses et compliquées de conjonctivite oculo-palpébrale, d'entropion et d'obscurcissement plus ou moins complet de la cornée. Un fait également digne d'observation, c'est qu'en Algérie les cataractes consécutives à des ophthalmies sont moins fréquentes qu'en Europe. M. le docteur Tobler de Lezenbrug avait fait la même remarque en Égypte. « Rarement, dit-il, l'ophthalmie égyptienne, occasionne le développement de la cataracte (1). »

Un homme qui, par sa position et son long séjour en Afrique, était à même de nous éclairer sur cette question, M. Baudens, nous a assuré n'avoir rencontré que rarement la cataracte, même au commencement de la conquête, lorsque aucune opération pour remédier à la cécité due à cette maladie n'avait encore été pratiquée en Algérie.

MM. Méardi et Beaudichon à Alger, Lodibert et Mestre à Philippeville, Moreau et Gaudinau à Bone, n'ont vu également que fort peu de cas de cataracte, et ils se sont assurés comme nous qu'ordinairement ces affections étaient le résultat d'autres maladies oculaires.

Les observations faites à Constantine sont encore plus concluantes. M. Vital, médecin en chef de l'hôpital de cette ville, y a opéré, depuis l'occupation, une douzaine d'indigènes affectés de cataracte ; mais qu'est-ce que douze cataractes, pendant l'espace de six ans, dans une grande ville comme Constantine, où, jusqu'à cette époque, personne ne s'était livré à des opérations chirurgicales ?

M. Warnier, qui a longtemps habité l'ouest de l'Algérie, et qui, au marché de Mascara, les vendredis, samedis et dimanches, avait occasion de voir plus de deux cents personnes, n'a rencontré que cinq cataractes. Mais ce qui nous paraît surtout prouver la rareté de la cataracte en Afrique, c'est que les médecins indigènes, qui connaissent d'une manière imparfaite, il est vrai, la plupart des maladies chirurgicales et leurs procédés opératoires, n'ont aucune notion sur l'opacité du cristallin et sur son traitement. Aussi, lorsque la première opération de cataracte a été pratiquée avec succès par nos chirurgiens, la population indigène a crié *au miracle*.

Il est inutile de dire que nous ne parlons ici que des médecins indigènes d'aujourd'hui ; car les anciens médecins arabes, tout en profes-

(1) *v. Pommer's schweiserische Zeitschrift.*— Voyage en Orient. Voir *Annales d'Ocul.*, t. III, p. 191.

sant des idées erronées sur le siége et la nature de la cataracte, n'en connaissaient pas moins les moyens curatifs (1), tandis que les Thébibes actuels non-seulement ne lisent pas les ouvrages d'Albucasis, d'Avicenne et de Rhazès, mais la plupart ignorent même les noms de leurs illustres ancêtres.

Si de l'Afrique nous passons dans un pays également exposé à un soleil ardent, la Sicile, nous y ferons les mêmes observations. D'après le relevé statistique que nous avons dressé dans les hôpitaux de Catane, de Palerme et de Messine, nous avons constaté que la cataracte était moins fréquente dans les villes maritimes où les habitants sont exposés continuellement à la réverbération d'un soleil ardent, que dans les pays agricoles de l'intérieur de l'île.

A Naples, la cataracte est moins fréquente qu'à Paris. Pour s'en convaincre, il suffit de savoir que sur une population de quatre cent et quelques mille âmes, on opère à la clinique ophthalmologique, dans une année, beaucoup moins de cataractes que pendant un mois dans les hôpitaux et les dispensaires de Paris.

Quant aux départements de la France, nous n'avons pas encore fait une statistique exacte sous ce rapport; mais il est presque certain qu'à Marseille, à Toulon et aux îles d'Hyères, il y a moins de personnes affectées de cataracte que dans les villes du Nord.

Cependant, quelques chirurgiens modernes, Montain (2), Ruelle (3), Conand (4). etc., ont cru remarquer que certaines contrées de la France semblaient très-favorables au développement de la cataracte; ils citent, par exemple, les habitants du Vivarais (Ardèche), où la cataracte est très-commune. On attribue principalement ce phénomène à la réverbération produite par des matières volcaniques

(1) Albucasis employait la cautérisation syncipitale pour guérir la cataracte: « Jubeto, dit-il, radere caput aegri, urasque illum una ustione in medio capitis ejus : dein uras illum duabus ustionibus super duo tempora. » Ce chirurgien connaissait cependant l'opération de la cataracte par l'aiguille. « Albucasis cataractam membranaceam acubus canaliculis exsugere tentavit. » (Haller.) Avicenne qui, pour abaisser la cataracte, se servait de deux aiguilles, l'une très-aiguë pour percer les tuniques de l'œil, l'autre obtuse pour déprimer la cataracte, se servait également de la cautérisation : « cauterium super verticem est necessarium, ut retineatur catharrus. » L'extraction elle-même, que les modernes attribuent généralement à Daviel, était pratiquée par les anciens chirurgiens arabes; cette méthode opératoire se trouve décrite dans les ouvrages d'Ali-Abbas, Rhazès, Abul-Kasen, Issa-ben-Ali, etc.

(2) Traité de la cataracte.

(3) Dissertation sur la cataracte. Paris, 1824.

(4) De la cataracte et de son traitement; thèse. Paris, 1827.

qui forment, en quelque sorte, la base des terres du Vivarais. « On voit, en entrant dans le Vivarais, qu'il a été le théâtre où des volcans très-multipliés et très-anciens ont exercé toute leur fureur. On y reconnaît une multitude de buttes, de pics, de montagnes de laves, et on y distingue encore des cratères aussi bien caractérisés que plusieurs de ceux des volcans actuellement brûlants. » Ce passage de Faujas de Saint-Fond (1), cité par les auteurs sus-indiqués, ne prouve rien, il me semble, à l'appui de leur opinion ; car si, dans les pays tempérés, la réverbération produite par les matières des volcans éteints a une influence fâcheuse sur le cristallin, dans les environs des volcans en éruption, comme l'Etna et le Vésuve, la cataracte devrait être très-fréquente : or, les observations que nous avons faites à Bronte, à Catane, à Portici, à la Torre del Greco, et dans les principales villes de Naples et de Sicile qui sont bâties sur la lave du Vésuve et de l'Etna, prouvent tout le contraire.

Nous avons insisté sur ce point, parce que dans la dernière édition de l'ouvrage d'ophthalmologie de M. Mackenzie, traduit par MM. Laugier et Richelot, nous avons remarqué le passage suivant : « On dit que les habitants des pays volcaniques, comme Naples et la Sicile, sont très-sujets à la cataracte. »

Maintenant, pour ce qui regarde le Vivarais, a-t-on bien examiné à quelle classe de la société appartient le grand nombre des personnes cataractées ? Si l'on a affaire à des cultivateurs, ne trouve-t-on pas la raison de cette fréquence dans les travaux de la campagne, qui, forçant les individus à se tenir dans une position fléchie, la tête souvent baissée, produisent la compression des viscères abdominaux et les congestions cérébrales, causes plus évidentes et plus directes de la cataracte ? Et s'il s'agit de professions libérales, ne sait-on pas la grande influence qu'elles exercent dans les villes sur la production de la cataracte et d'une foule de maladies oculaires ? Pour être juste, cependant, envers les auteurs que nous venons de citer, il faut dire que quelques-uns, tout en admettant l'influence fâcheuse des terrains volcaniques sur l'appareil du cristallin, ne laissent pas d'examiner avec soin l'exercice professionnel dans l'étiologie de la cataracte.

Citons enfin, à l'appui de notre proposition, ce qui se passe à la Martinique et à la Guadeloupe. M. Rochoux, qui a exercé pendant cinq ans la médecine dans ces contrées, n'a opéré que trois cataractes chez les nègres.

(1) *Recherches sur les volcans éteints du Vivarais.*

Il serait superflu d'énumérer un plus grand nombre de faits pour prouver l'innocuité de la réverbération directe de la lumière et du calorique sur le cristallin dans les pays chauds.

Examinons maintenant l'action qu'exerce, dans les pays froids, une lumière très-intense sur les milieux réfringents de l'œil. On admet généralement, d'après la relation de quelques voyageurs, que la lumière réfléchie par des surfaces couvertes de neige cause la cataracte. On a remarqué, en outre, que cette maladie affecte particulièrement les individus dont la profession est d'aller chercher la neige sur les montagnes pour approvisionner les villes; et on a dit que la cataracte est fort commune en Laponie, où elle est même opérée par les naturels du pays. Telle est l'opinion des voyageurs, opinion qui, du reste, a souvent besoin d'être soumise au contrôle des hommes de l'art. En effet, malgré toute leur instruction et leur bonne foi, les gens du monde n'étant pas versés dans l'étude des maladies des yeux, peuvent prendre pour une cataracte toute espèce de tache gris-nacré qui se trouve sur la cornée et dans les parties profondes de l'œil. Notre doute à cet égard est d'autant plus fondé, que les renseignements qui nous ont été communiqués par un de nos savants confrères, M. Martins, membre de la Commission scientifique du Nord, ne sont nullement conformes aux idées émises par les voyageurs et reproduites par la plupart des auteurs d'ophthalmologie. M. Martins a rencontré rarement la cataracte en Laponie, en Norwège, etc. Les ophthalmies qui sévissent parmi les indigènes ne sont pas le résultat de la réverbération d'une lumière très-vive sur des surfaces couvertes de neige ; on doit plutôt en attribuer la cause, surtout parmi les Lapons, à l'habitude de séjourner pendant l'hiver sous des cabanes ou sous des tentes remplies de fumée. En effet, de tous les membres de la Commission sus-indiquée, un seul fut affecté d'ophthalmie, parce qu'ayant passé l'hiver pour faire des observations sur des étoiles filantes, il a été forcé de vivre, comme les indigènes, sous des tentes, au milieu d'une atmosphère chargée de fumée et d'humidité.

En admettant même, contrairement au témoignage que nous venons de citer, que la cataracte soit fréquente dans ces régions, n'est-il pas plus probable de croire qu'elle serait plutôt le résultat des ophthalmies que de la réverbération directe d'une lumière trop vive sur des surfaces couvertes de neige? Et d'ailleurs, a-t-on bien réfléchi que cette prétendue coïncidence de surfaces couvertes de neige et de lumière très-intense n'est pas admissible? Car de deux choses

l'une : ou l'influence de cette réverbération a lieu en hiver, ou elle a lieu en été. Dans le premier cas, à partir du cercle polaire, les jours sont excessivement courts (de quatre à cinq heures), souvent brumeux et presque sans soleil. Dans le second cas, c'est-à-dire en été, pendant les jours dits *perpétuels*, il n'y a pas de neige. Ainsi donc, lorsque la lumière est très-intense, il n'y a pas de neige; et lorsque les terrains sont couverts de neige, le jour est trop faible pour qu'il y ait une réverbération de rayons assez vive pour occasionner la cataracte.

Il est vrai que l'action continue de la lumière pendant le jour perpétuel et les aurores boréales exerce une influence fâcheuse sur l'organe de la vue; mais les lésions qui en résultent se manifestent sur la conjonctive et sur la cornée, et rarement sur les milieux réfringents de l'œil.

Pour prouver l'influence qu'exerce sur les milieux réfringents de l'œil la lumière réfléchie par des surfaces couvertes de neige, on rapporte le passage de Xénophon sur l'armée de Cyrus. On sait, en effet, que cette armée ayant marché quelques jours à travers des montagnes couvertes de neige, un grand nombre de soldats perdirent entièrement la vue. Mais n'est-il pas évident qu'il est plutôt question, dans ce passage, d'ophthalmies catarrho-purulentes que de cataractes?

Enfin, plusieurs personnes qui ont visité les mines de sel de Pologne ont été surprises d'apprendre que l'opacité du cristallin était très-commune parmi les ouvriers employés à cette exploitation. Est-ce le résultat de la lumière artificielle réfractée par les cristaux salins, ou bien celui de l'action chimique des hydrochlorates? Nous sommes plutôt porté à admettre cette dernière opinion, d'autant plus que nous avons rencontré souvent la cataracte chez les fabricants d'acides minéraux et chez les graveurs sur métaux. On sait que ces derniers se servent d'acides plus ou moins concentrés pour la composition de leurs mordants.

Quant à la lumière et à la chaleur *artificielles*, quel que soit le climat, elles ont toujours une influence incontestable sur la production de la cataracte. On sait, en effet, que cette maladie affecte souvent les forgerons, les plâtriers, les boulangers, les cuisiniers, les doreurs sur métaux qui travaillent toujours près de charbons ardents; les cordonniers et les graveurs sur bois, habitués à prolonger leurs travaux pendant la nuit devant une lampe dont la lumière passe à travers un globe en cristal plein d'eau.

Citons enfin à l'appui de cette proposition l'éclairage au gaz ; car, ainsi que nous l'avons prouvé ailleurs (1), l'introduction de ce système d'éclairage a exercé une influence fâcheuse sur l'œil en général et sur les milieux transparents de cet organe en particulier. Dans plusieurs villes d'Angleterre, où les cabinets littéraires sont éclairés au gaz, la plupart des lecteurs ont les yeux fatigués au bout d'une heure ou deux de travail, tandis que dans les cabinets de lecture éclairés d'après l'ancien système, on peut travailler plusieurs heures sans que la vue soit fatiguée. L'influence délétère qu'exerce sur l'organe visuel le gaz à éclairage est surtout manifeste parmi les personnes livrées à l'industrie cotonnière, et dans les établissements éclairés au gaz jusqu'à une heure très-avancée de la nuit.

Conclusions. 1° Contrairement à l'idée émise jusqu'à ce jour, nous croyons que l'action prolongée du soleil ardent et la réverbération de ses rayons sur des terrains brûlants et sablonneux n'a aucune influence directe sur l'appareil du cristallin.

2° Les cas rares de cataracte qu'on observe dans les pays chauds, et qu'on attribue à l'action directe d'une lumière trop vive, ne sont dus qu'aux altérations consécutives que subissent les parties réfringentes de l'œil par suite d'ophthalmies intenses négligées et opiniâtres.

3° La fréquence de la cataracte dans les pays froids est due plutôt aux habitudes et à la manière de vivre des populations qu'à l'influence du climat et à l'action directe d'une vive lumière. Ainsi, nous croyons que l'usage des boissons alcooliques, l'âge, les lésions traumatiques, l'exercice des professions libérales ou mécaniques qui prédisposent aux congestions cérébrales, et qui forcent les individus à travailler sur de petits objets, à la lumière artificielle ou devant un feu ardent, sont les causes principales et directes de la cataracte.

DES MALADIES DES YEUX QUE L'ON OBSERVE DANS L'EMPIRE BRÉSILIEN ;

par le docteur J. F. X. Sigaut,

médecin de S. M. l'Empereur Don Pedro II, membre de l'Académie impériale de médecine de Rio-de-Janeiro, etc.

Les pathologistes qui ont décrit les maladies des pays chauds ont négligé de parler des lésions de l'appareil de la vision, dan-

(1) *Traité pratique des Maladies des yeux.*

nant la préférence à celles des organes hépato-gastriques; de ce nombre sont Lind, Annesly, Johnston, Boyle, tous praticiens anglais. M. Levacher dit qu'elles sont rares dans les colonies; mais les anciens médecins de ces contrées déclaraient pourtant le contraire. Dazille les proclame fréquentes, et dit que tout homme de l'art dans ces pays doit indispensablement savoir faire l'opération de la cataracte et celle de la fistule lacrymale. Les plus communes sont, suivant ce médecin, l'*ophthalmie* et le *chémosis*; suivant M. Levacher, la cataracte et le ptérygion. De ces aveux il résulte que, dans les latitudes équatoriales, les affections de l'appareil visuel se rencontrent en nombre. L'insolation forte et prolongée, la réflexion éblouissante du soleil sur le bord de la mer, la syphilis, le rhumatisme, les fièvres intermittentes, causent au Brésil autant de lésions graves que dans d'autres contrées, et produisent surtout l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, qui, d'après mes observations, sont dans ce pays les lésions les plus fréquentes et d'un traitement bien plus hérissé de difficultés qu'en Europe.

Sans entrer dans les distinctions subtiles de l'ophthalmologie telle qu'on l'étudie aujourd'hui, sans augmenter le chiffre de 243 maladies des yeux reconnues par Taylor, et que les auteurs du jour semblent vouloir faire renaître, il est essentiel de connaître la nature, la marche et le traitement de l'ophthalmie importée d'Afrique, sous quelles formes s'engendrent de préférence les cataractes et les amauroses, et enfin quels sont les remèdes indigènes dont on a vanté l'efficacité dans les maladies des yeux.

Au Brésil, l'ophthalmie importée d'Afrique a été introduite par les navires négriers, et signalée à diverses époques, sur le littoral, comme exerçant des ravages épidémiques; elle accompagne d'ordinaire une ou plusieurs maladies, telles que les catarrhes, la dysenterie et les fièvres intermittentes. A toutes les époques, depuis Pison, on a été frappé de son caractère contagieux. Quand elle pénètre dans les villes, et surtout dans les établissements publics, elle y exerce ses ravages avec une effrayante rapidité : on l'a vue s'introduire dans le dépôt des enfants abandonnés, à Rio-de-Janeiro, et là n'épargner personne. Dans cet hospice, tantôt c'est l'ophthalmie purulente d'Afrique qui domine; tantôt une blennorrhée que les enfants tiennent de leur mère, laquelle se communique ensuite aux nourrices et à d'autres personnes.

L'*ophthalmie africaine* a conservé le caractère de son *origine*

égyptienne ; elle se dessine dans les cinq degrés que les médecins lui ont attribués :

Premier degré. — Rougeur à la conjonctive ; prurit à l'angle de l'œil ; couleur rose des objets perçus ; point de douleur.

Deuxième degré. — Sensation de grains de sable sous la paupière ; ardeur, rougeur du globe de l'œil ; larmoiement ; lumière incommode, douloureuse.

Troisième degré. — Coloration foncée de la rougeur ; douleur intermittente, tantôt persistant au même degré, tantôt disparaissant.

Quatrième degré. — Vive douleur dans l'œil ; corrosion des larmes ; paupières tuméfiées, œdémateuses, avec écoulement d'une matière purulente ; le jour, rémission des douleurs ; le soir, exacerbation, gonflement du globe de l'œil ; embarras gastrique ; point de réaction fébrile.

Cinquième degré. — Etat chronique de la maladie, ou cessation des symptômes violents ; engorgement des paupières et de la conjonctive ; larmoiement abondant ; vision difficile ; durée pendant plusieurs mois.

Cette ophthalmie se complique d'ordinaire de coryza plus ou moins douloureux. Dans le quatrième degré, les taies, les exulcérations, les staphylômes en sont la conséquence et constituent un grand nombre d'aveugles ; d'autres fois elle parcourt ses degrés avec une effrayante rapidité.

Cette ophthalmie, décrite dans les ouvrages de Larrey, de Desgenettes, de L. Franck et de Savaresi, reproduite sur tous les points du continent africain, a été importée au Brésil par des navires venus des côtes d'Angola et de Benguela, etc. Son caractère contagieux, sa marche et ses terminaisons funestes, n'ont point dégénéré dans ce transfert d'un continent à l'autre : au contraire, sa contagion et sa durée paraissent y avoir acquis un surcroît d'activité. Il y a eu de fréquentes occasions de vérifier ses ravages à bord des navires négriers et à l'époque du marché général des esclaves au Vallongo. Je me rappelle avoir donné des soins, en 1830, conjointement avec mon confrère Octaviano Maria da Roza, à deux cargaisons qui en étaient contaminées. Un grand nombre d'ophthalmies bénignes cédèrent aux saignées générales : plusieurs se terminèrent par l'albugo. Après les saignées, les éméto-cathartiques, les bains émollients, les lotions astringentes aidèrent le traitement. Le nombre des cas de cécité paraissant s'accroître, nous résolûmes de disséminer les né-

grillons à la campagne dans une grande propriété. Cette ressource hygiénique sauva la vue à plusieurs d'entre eux. Le déplacement est un moyen thérapeutique salutaire ; L. Franck dit qu'en Égypte des militaires guérirent spontanément en passant du Caire au port de Cosseir dans la mer Rouge.

Les deux espèces d'ophthalmie africaine que Larrey désigne par le nom *d'inflammatoire* et de *séreuse* ont également été observées au Brésil, et le traitement recommandé par ce célèbre chirurgien a été suivi avec succès.

Dans la thérapeutique, ce n'est que depuis quelques années que l'usage du nitrate d'argent a été introduit, et on a lieu de se louer des bénéfices de son application. Avant, on employait, comme aujourd'hui encore, beaucoup de décoctions et collyres de plantes indigènes en grande réputation dans les villes et les campagnes. L'*Alfacava da cobra*, décrite par Pison sous le nom de *Ioborandi (monnieira trifolia* L., famille des *Rutacées de Jussieu)*, jouit d'une grande efficacité dans le traitement des taies de la cornée ; il en est de même de l'*Alfacava do campo* (*Ocymum incanescens* de Martius). Le docteur Manuel Arruda da Camara, dans un mémoire publié en 1797, sur la culture du cotonnier, dit que dans les parties reculées de sa province, les gens de la campagne font, avec des feuilles fraîches du cotonnier, des topiques calmants pour les maladies des yeux. *L'Ariri* (*Cocos schizopylla* de Martius) sert d'astringent en collyre. *L'Anibi (Potasia resinifera* de Martius) s'emploie en lotions dans les ophthalmies. Dans les provinces de Minas-Geraes, de Bahia et du Pará, les remèdes secrets, qui ne sont autres que des extraits de plantes, sont toujours employés avant de recourir aux ressources de l'art.

La fréquence de la *cataracte*, sous l'influence d'une lumière trop abondamment répartie dans l'atmosphère, n'a rien qui doive étonner dans les latitudes équatoriales. Celle des *amauroses* provenant de la même origine, ou tirant leur source de l'élément intermittent, de la syphilis, de la petite vérole et du rhumatisme, ne surprend pas davantage. M. le docteur Bonjean a signalé une *amaurose vermineuse*, déjà observée par lui en Europe ; et comme cette cause morbide est au Brésil en pleine activité, on doit prendre en considération les faits publiés par cet ophthalmologue, d'autant plus, qu'élève des ophthalmologues Sichel et Carron du Villards, il a consacré une grande partie de ses études à cette branche spéciale des sciences médicales, sous la direction de ces habiles maîtres.

L'ophthalmologie doit rentrer dans le domaine de la médecine et ne pas être uniquement le partage des chirurgiens. Tout en reconnaissant les immenses services que ces derniers ont rendus par le perfectionnement et la multiplication des procédés opératoires, toujours faudra-t-il posséder des connaissances profondes, basées sur l'étude de la physiologie pathologique, pour concourir au diagnostic des maladies des yeux et à leur traitement. Au Brésil, comme ailleurs, des chirurgiens ont *exploité* la spécialité de ces maladies. Le passage de Nayler-Bey à Rio-de-Janeiro a dévoilé l'immense variété des affections oculaires qui se rencontrent dans cette capitale. La fondation d'une infirmerie ou hospice consacré à l'oculistique ferait mieux apprécier les besoins du pays, les affections prédominantes et les moyens de guérison.

On ne saurait nier que dans les grandes villes du littoral on rencontre malheureusement une grande quantité d'aveugles, de borgnes et de vues maladives; ce spectacle douloureux remplace, dans les rues, celui des bossus, des rachitiques contrefaits qui abondent en Europe, mais qui sont inconnus sous les tropiques. A l'Académie impériale de médecine appartient l'honneur de provoquer la fondation d'un hospice ophthalmologique : cette compagnie, qui a obtenu, en quinze ans, la fondation de facultés de médecine à Rio-de-Janeiro et à Bahia, les réformes des hôpitaux civils et militaires, un cimetière hors de la ville, l'hospice des phthisiques, l'hospice des aliénés, ne reculera point en présence de tant de misères qui réclament des secours urgents. Dans cette progression en faveur de l'humanité, ne pourra-t-on réaliser la tâche bienfaisante de secourir également les aveugles de naissance et de les convertir, comme dit M. Dupau, cet habile directeur de l'Institution des jeunes aveugles à Paris, d'aveugles de la nature en aveugles de la civilisation. « *La cécité*, dit M. Du-
« pau (1), *n'a, jusqu'ici qu'à peine fixé l'attention sous le rapport des*
« *constitutions physiques et du tempérament; mais il suffit de songer à*
« *la connexion du physique et du moral dans l'être humain, pour com-*
« *prendre les avantages de l'éducation donnée aux aveugles-nés.* »

(1) *Essai sur l'état physique, moral et intellectuel des aveugles-nés.* Paris, 1837.

DES LUNETTES ET DES ÉTATS PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LEUR USAGE IRRATIONNEL;

Par le docteur Sichel.

Leçons cliniques recueillies par le docteur Deboût.

(suite. *Voir notre dernier numéro,* pp. 109-125.)

§ XXII. — *De la myiodopsie produite par la presbytie.* — On a donné les noms de *myiodopsie, mouches volantes, filaments voltigeants, imaginations perpétuelles,* etc., au phénomène de l'apparition devant les yeux de filaments et points mobiles de formes variées et d'une couleur plus ou moins sombre. La cause immédiate de ce phénomène nous échappe encore; différentes explications cependant ont été tentées. Les uns regardent ces filaments comme dépendant d'un trouble matériel dans les milieux réfringents, surtout dans l'humeur aqueuse ou dans le liquide interstitiel (humeur de Morgagni). De nos jours, on a même établi l'hypothèse qu'ils pourraient quelquefois être occasionnés par la présence d'entozoaires microscopiques dans l'intérieur de l'œil. D'autres les ont regardés comme produits par des varicosités ou des engorgements des vaisseaux des membranes internes. D'autres encore les ont considérés comme un phénomène nerveux. Nous croyons que dans la majorité des cas ils sont le symptôme d'une simple aberration de la sensibilité de la rétine, une véritable hallucination de la vision, et que dans des cas moins nombreux ils dépendent d'une irritation oculaire interne; que des corpuscules opaques ou animalcules ne peuvent les causer que dans des cas tout à fait exceptionnels; enfin, que les petites varices des membranes internes produisent plutôt des scotômes que des filaments voltigeants. Il n'entre point dans notre plan de traiter à fond ces questions; mais il ne sera pas déplacé d'esquisser d'une manière rapide les symptômes pathognomoniques de la myiodopsie et du scotôme.

La myiodopsie est caractérisée par l'apparition, tantôt périodique, tantôt constante, de filaments tortueux ou de points agités en différents sens dans le champ de la vision. Ces petites taches, toujours multiples et souvent très-nombreuses, sont le plus ordinairement linéaires, en forme de serpentaux ou de vermisseaux, et d'une teinte gris perlé claire, diaphane et aqueuse, mais quelquefois aussi arrondies et plus foncées, tirant sur le noir. Au moment où l'on

regarde un objet, elles n'en occupent jamais le centre : ainsi, par exemple, lorsqu'on fixe des lettres, elles ne les couvrent pas de manière à les cacher plus ou moins d'un voile opaque et à empêcher d'en reconnaître plusieurs. Elles voltigent latéralement devant les objets, à quelque distance de leurs contours. En lisant, on les voit le plus souvent sur la marge blanche du livre ou plus ou moins en dehors ou en dedans de cette marge, mais point sur le centre ou près du centre de la partie imprimée. Si quelquefois elles offrent moins de mobilité, un léger mouvement brusque et saccadé de la tête et des yeux les déplace de suite, en les rejetant en dehors du champ de la vision. Sur des surfaces de couleur claire et frappées d'une vive lumière, elles deviennent plus apparentes. Lorsqu'on porte les regards de bas en haut sur un objet très-élevé, tel qu'un mur, elles suivent la même direction; mais lorsque, arrivé au faîte, le regard s'arrête et reste immobile pendant quelque temps, les mouches volantes redescendent lentement, puis finissent par disparaître. Souvent on les voit les yeux fermés.

Presque toujours ce phénomène dépend d'un usage irrationnel de l'organe de la vision : tantôt d'un excès de travail; tantôt de l'exposition à une lumière trop vive ; tantôt de l'exercice de la vision à une distance non proportionnée à sa portée naturelle. Quand ces causes continuent à agir, il peut s'y joindre une irritation des membranes oculaires internes, ou, plus rarement, un commencement d'asthénie de la rétine. C'est ce qui a souvent fait regarder la myiodopsie comme un symptôme précurseur ou concomitant de l'amaurose ; mais c'est à tort, car elle peut exister toute la vie sans entraîner d'autres conséquences. Dans la cataracte, où on l'observe infiniment moins fréquemment qu'on ne le dit d'ordinaire, elle est plus souvent, selon moi, une complication due aux causes déjà exposées de la myiodopsie, qu'un symptôme de l'altération du cristallin.

Chez les presbytes, les filaments voltigeants se montrent quelquefois par suite du travail sans lunettes et à une distance trop rapprochée, sans qu'il y ait encore amblyopie presbytique. Cela a lieu surtout lorsque un seul œil supporte la fatigue, par suite de l'inégalité de foyer dont nous parlerons plus tard. Dans ces cas, comme partout où elle se montre à l'état simple, la myiodopsie est sans danger et peut être regardée comme un de ces appels par lesquels la nature attire l'attention sur un organe dont les fonc-

tions sont menacées dans leur libre exercice. Un repos temporaire et l'observation des règles hygiéniques suffisent pour arrêter le progrès de l'affection ou même pour la faire cesser, qu'elle soit produite par la presbytie ou par une autre cause. Mais, en général, les mouches volantes ne se dissipent que rarement et difficilement.

Si chez les myopes, comme il va être exposé, l'abus des verres trop forts est la cause la plus habituelle de la myiodopsie, on n'en peut pas dire autant des presbytes. L'usage des lunettes convexes d'un numéro trop élevé donne bien rarement lieu, chez ces derniers, à la production de ce phénomène.

Il est très-important de ne point confondre les filaments voltigeants avec le *scotôme*. Par ce mot, nous désignons une tache plus ou moins étendue, de forme arrondie et d'une teinte sombre, gris foncé, ou noire. Immobile, et rarement multiple, elle conserve toujours les mêmes rapports avec l'axe visuel et occupe le plus souvent le centre ou son voisinage. Elle couvre une portion de l'objet que le malade fixe, dans lequel il croit voir une espèce de trouée ou une tache qui en cache une portion d'ordinaire plus ou moins centrale. Il en résulte une vision partielle ou latérale. Cette affection doit être considérée comme une insensibilité d'une portion peu étendue de la rétine, dépendant soit de l'engorgement ou de la varicosité de l'un ou de l'autre de ses vaisseaux, soit de la paralysie ou même de la désorganisation d'un point quelconque de sa pulpe nerveuse; elle est par conséquent symptomatique d'une amaurose commençante. Avec le progrès de la maladie, la tache opaque et sombre s'agrandit et peut finir par envahir tout le champ de vision et par amener une cécité complète. On ne rencontre point ce symptôme dans le cortége de l'amblyopie presbytique; il pourrait toutefois l'accompagner lorsqu'elle a atteint le degré d'une véritable amaurose. On l'observe quelquefois dans l'amblyopie avancée, consécutive à l'usage de lunettes fortes. (§ XXIII.) Le scotôme est toujours un symptôme de mauvais augure, en ce qu'il indique une affection profonde, quoique circonscrite, affection qui déjà tend à la désorganisation de la rétine et résiste toujours fort longtemps aux moyens curatifs. Le traitement sera dirigé d'après le caractère de l'amblyopie que ce phénomène accompagne.

Dans quelques cas, excessivement rares, où la myiodopsie était de prime abord accompagnée de symptômes d'irritation rétinienne, j'ai vu les filaments voltigeants contracter peu à peu de la fixité, se

transformer insensiblement en un ou plusieurs scotômes, et être suivis d'amblyopie ou d'amaurose.

§ XXIII. — *Des effets nuisibles des verres convexes trop forts, surtout lorsqu'on les emploie pour voir de loin.* — Si l'habitude de trop rapprocher les objets altère d'une manière profonde la portée visuelle et diminue notablement la faculté d'accommodation, les lunettes à foyer produisent le même effet à un plus haut degré ; elles fixent ou lient pour ainsi dire la vision à une distance donnée. Pour lire et écrire à des distances différentes avec des verres convexes, ou pour voir des objets plus ou moins éloignés avec des verres concaves, il faut que ces verres aient une courbure différente selon leur destination.

En général, toute personne, soit presbyte, soit myope, peut y voir avec des verres de différentes courbures ; seulement, avec les numéros plus forts on y voit plus nettement, et l'on est forcé, quand on est presbyte, de rapprocher davantage les objets, quand on est myope, de les placer plus loin, mais sans que pour cela ils se présentent avec une augmentation ou une diminution apparente de volume. Plus d'ailleurs le verre est puissant, moins il laisse de latitude dans la position des corps qu'on regarde. Les lunettes plus faibles permettent encore de la varier dans une certaine étendue, sans que la netteté de la perception visuelle éprouve un changement notable ; preuve évidente que des verres d'une faible courbure laissent encore subsister à un certain degré la faculté d'accommodation. Un exemple rendra plus clair ce qui vient d'être dit et facilitera l'intelligence des conclusions que nous avons à en tirer : Un presbyte qui ne se sera point encore servi de lunettes, mais qui n'aura pas laissé passer le moment opportun pour y recourir, lira en général également bien avec les numéros 72, 66 et 60 : toutefois, en y faisant bien attention, il trouvera qu'avec ce dernier il sera forcé de rapprocher davantage le livre et de le tenir plus invariablement à la même distance ; tandis que le premier le forcera à le placer plus loin et lui permettra de l'éloigner et de le rapprocher dans une certaine étendue, sans que sa vue se trouble ou se fatigue sensiblement. Ces verres plus faibles laissent donc subsister à un certain degré la faculté d'ajustement, que ceux d'une plus forte courbure diminuent de plus en plus et finissent par abolir d'une manière d'autant plus positive qu'on en fait un usage plus constant. Si l'œil peut se servir indifféremment de plusieurs numéros, en changeant seulement la position des objets, c'est qu'il s'accommode au foyer des lunettes.

Une fois habitué à un foyer plus court, il ne peut sans difficulté revenir à des verres plus faibles; cette difficulté, toujours proportionnée au pouvoir des lunettes, peut finir par devenir absolue lorsque celui-ci a été excessif. De là résulte la haute importance du précepte déjà exposé, de toujours choisir d'abord des verres du numéro le plus faible avec lequel on peut encore distinguer nettement et sans fatigue, mais sans changement du volume apparent des objets ni sans être forcé de les placer à une distance trop différente de celle qu'admet la vue à l'œil non armé. Car un presbyte qui se servira avec une facilité à peu près égale des n[os] 72, 66 et 60, en employant pendant un certain temps ce dernier, y accommodera bientôt sa vue. Les modifications que l'âge produit dans l'organe visuel ne cessant point de s'accomplir, il sera forcé de changer de besicles à une époque donnée, et même beaucoup plus tôt, par la raison que l'accommodation à des lunettes plus fortes ne tarde pas à être accompagnée de fatigue et d'un manque de netteté de la vision, comme tout exercice trop continu de la faculté d'ajustement, surtout à de petites distances. Alors il a de nouveau le choix entre plusieurs numéros dont l'effet ne lui paraîtra pas très-sensiblement différent, comme le 54 et le 48. Or, par le même motif, il choisira infailliblement le plus fort comme celui qui en apparence l'aide le plus efficacement. C'est ainsi que la progression est très-rapide : plus on descend, et plus les verres ôtent la faculté d'accommodation, non-seulement pendant leur usage, mais aussi pendant le temps où l'on ne s'en sert point; car, liée pour ainsi dire au foyer des lunettes pendant tout le temps qu'on les emploie, la vue ne s'ajuste plus aussi facilement à des distances plus grandes. Aussi les presbytes qui se servent de numéros plus faibles peuvent-ils encore lire pendant quelque temps à l'œil nu, et conservent-ils toute l'intégrité de leur portée visuelle pour les grandes distances, tandis que ceux qui lisent ou travaillent constamment avec des lunettes fortes finissent par ne plus du tout pouvoir s'en passer, et souvent même par ne plus voir les gros objets d'aussi loin qu'auparavant.

Si donc, après avoir parfaitement bien vu avec des besicles d'un certain numéro, on se sert arbitrairement, ou pour essai, de verres d'une puissance plus grande, on trouvera, au bout de quelques semaines de leur usage, qu'en revenant au numéro primitivement employé, on voit infiniment moins bien qu'antérieurement, si tant est qu'on puisse y voir encore; preuve évidente que les lunettes rétrécissent le foyer et limitent la faculté d'ajustement qu'elles

peuvent finir par abolir. Ce qu'il était déjà permis de conclure *a priori* sous ce rapport, l'expérience le confirme de point en point, en prouvant en même temps qu'il est de la plus haute importance de procéder rationnellement dans le choix des lunettes et de débuter d'après les règles que nous avons essayé de formuler, par celles de la courbure la plus faible, en y substituant d'autres plus fortes par une gradation insensible. Ici, comme partout ailleurs, les lois physiologiques repoussent les transitions brusques et les secousses qui produisent un ébranlement presque toujours funeste.

Cette loi générale, dans ses rapports avec les auxiliaires optiques de la vue, semble avoir échappé aux ophthalmologistes et aux opticiens. On a peu parlé jusqu'ici de la manière de fixer rationnellement la succession des numéros des lunettes de presbytie. Je ne me rappelle surtout pas avoir rien trouvé dans les ouvrages sur un état pathologique particulier que j'ai souvent observé comme une suite de l'ignorance dans laquelle les presbytes sont généralement laissés sur ce point : c'est une espèce d'amblyopie, quelquefois très-avancée, et qui parfois même arrive au degré d'amaurose, amblyopie uniquement produite par l'usage de verres convexes trop forts. L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune complication générale ou locale, aucune autre cause capable d'avoir aidé à la production de l'affection. Voici de quelle manière la maladie se développe le plus souvent : Un individu modérément presbyte sent le besoin de se servir de besicles. Supposons que celles que le hasard lui fait tomber les premières entre les mains, ou qu'un mauvais conseil lui indique d'abord, soient du numéro 48 ou 36 ; à sa grande joie, pendant le premier essai peu prolongé, il y voit très-nettement et sans éprouver la moindre fatigue. Ignorant qu'avec des verres infiniment plus faibles, du n° 72 par exemple, il aurait vu aussi distinctement et sans se fatiguer aucunement, il fixe définitivement son choix sur ce numéro 36, très-fort pour lui, et qui donne à sa vision un degré de netteté anormale, un excès de précision comparable à une espèce d'oxyopie qui, comme celle-ci, ne tarde point à produire une fatigue, des éblouissements et d'autres symptômes morbides semblables, dépendant de l'exercice permanent et outré du pouvoir d'accommodation. Il est évident que toutes les fois qu'un numéro faible, tel que le 72, suffit pour l'effet désiré, un numéro plus fort, 48 par exemple, doit exiger un surcroît d'ajustement qui est continu pendant toute la durée de l'emploi des lunettes, et qui, comme toute accommodation trop prolongée de la

vision, doit devenir fatigant et affaiblit la vue. Lorsque cet état de choses a persisté quelque temps, la fatigue, d'abord passagère et légère, augmente, devient permanente, et constitue un véritable trouble visuel que le malade explique par l'insuffisance des lunettes. Croyant avoir besoin de verres plus forts, il change de nouveau ; il y voit plus clair dans le commencement, sauf à éprouver les mêmes phénomènes au bout d'un certain laps de temps, quand sa vue s'est de nouveau ajustée au foyer des besicles. Toutefois, le trouble visuel souvent ne revient que tard, lors surtout que les premiers verres n'ont pas été excessivement forts et que les changements n'ont lieu qu'à des époques assez éloignées. Au contraire, la vision décline plus rapidement si le malade, comme cela arrivait assez fréquemment autrefois, débute par des numéros très-forts, tels que 24 ou 18, et qu'il change fréquemment. Cela doit avoir lieu beaucoup plus souvent si l'on admet, pour l'usage des lunettes, l'échelle déjà plusieurs fois signalée comme débutant par des numéros trop forts, et encore conservée par M. Mackenzie et par un grand nombre d'opticiens. Quelques autres circonstances favorisent et accélèrent le développement de cette amblyopie. Beaucoup de personnes ont l'habitude de ne point placer les lunettes très-près des yeux et de les laisser descendre plus ou moins sur le dos du nez, sans songer que cela augmente leur pouvoir réfringent ; elles se servent ainsi de numéros infiniment plus forts que ceux qu'on leur a prescrits. D'autres personnes, quand elles ont à se livrer à quelque travail soit plus minutieux, soit à une lumière plus faible, placent une seconde paire de besicles, souvent assez fortes, par-dessus celles qu'elles emploient d'habitude. D'autres encore se servent fréquemment, pour la lecture, de loupes plus ou moins grossissantes (les *readings glass* des Anglais), soit en ôtant préalablement leurs besicles habituelles, soit, ce qui est bien plus fâcheux, en les conservant. L'usage fréquent du microscope peut également augmenter l'action nuisible des lunettes. Beaucoup de presbytes, sur le conseil trop généralement donné par les opticiens et les hommes de l'art, emploient des verres convexes d'une teinte bleue ou verte plus ou moins foncée, et cela même dans des appartements peu éclairés ou à la lumière artificielle. Si l'on se rappelle ce qui a été dit dans le §. IX sur la lumière généralement assez vive dont le presbyte a besoin pour tout travail minutieux, on concevra que plus les verres convexes dont il se sert seront foncés ou opaques, moins il y verra nettement, et plus il se fatiguera. Par conséquent, la teinte foncée lui est non-seulement

inutile, mais encore très-nuisible ; plus elle sera sombre, plus il aura besoin de descendre aux bas numéros, et plus un numéro même élevé lui affaiblira la vision. Il en est de même des verres troubles ou rayés, faute du soin de les essuyer et de les placer convenablement. (V. le § VI.) Des taies ou cicatrices des cornées peuvent produire un effet semblable, en rendant la vue moins distincte et en forçant le malade à se servir de verres plus puissants ; le choix ici exige les plus grandes précautions. Quelle que soit la cause qui ait produit cette affection, le trouble et l'affaiblissement de la vision finissent par devenir tels que le malade ne lit plus que très-difficilement avec toute espèce de lunettes. Il est atteint d'une amblyopie amaurotique avancée qui reste stationnaire tant qu'il n'augmente plus le numéro des verres et qu'il ne s'en sert que le plus rarement possible, mais qui s'accroît rapidement dans le cas contraire. Cette amblyopie a les caractères suivants : elle n'est primitivement accompagnée d'aucun symptôme de congestion ou d'altération organique cérébro-oculaire, ni d'autre affection constitutionnelle. On ne découvre aucune cause générale ou locale d'asthénie de la rétine ou du nerf optique. Lorsque le malade ne s'est pas servi de verres convexes pour se conduire ou voir de loin, la portée de sa vue pour les objets distants, bien qu'ordinairement amoindrie, est encore assez grande. A l'aide de ces lunettes, toujours très-fortes et disproportionnées à son âge et au foyer primitif de sa vision, il ne voit les objets petits et rapprochés qu'indistinctement et avec une grande fatigue. Avec des besicles d'une courbure plus grande, la netteté de la vue ne gagne rien, ou peu de chose ; la fatigue ne diminue point, ou augmente. Quelquefois même le malade voit aussi bien à l'œil nu qu'à l'œil armé. Si, placé dans ces circonstances, le malade continue à travailler, à lire ou à écrire à l'aide de lunettes, et que, pour parer à la difficulté de sa vision, il s'obstine à avoir recours à des verres d'un pouvoir réfringent plus considérable, alors le trouble qu'il éprouve pendant ses occupations ne tarde pas à augmenter. Puis, au bout de quelque temps, la portée et la netteté de sa vue à distance, déjà diminuées, déclinent davantage ; il est forcé de se servir de verres convexes pour voir de loin, et quelquefois même pour se promener, ce qui accélère la marche de la maladie. C'est ainsi que l'amblyopie augmente de plus en plus et finit par atteindre le degré d'une véritable amaurose, c'est-à-dire par empêcher le malade non-seulement de lire, mais encore de se conduire seul.

Quand le malade s'est de prime abord servi de lunettes pour voir

de loin, l'affection arrive plus rapidement à son apogée, parce qu'il a dû avoir plus tôt recours à des verres trop forts pour la lecture et le travail. J'en ai vu qui se servaient de verres n° 24 pour voir de loin et du n° 8 ou 6 pour lire; d'autres qui, se servant d'un verre excessivement fort, tel que le n° 18 ou 14, pour se conduire, avaient une autre paire de besicles de la même force, ou plus puissantes, qu'ils mettaient par-dessus les premières lorsqu'ils voulaient lire ou écrire. D'autres encore emploient le même numéro, excessivement fort, pour la lecture ou le travail, et pour la vision à distance ; ce qui est peut-être de toutes les combinaisons celle qui produit les effets les plus fâcheux, parce qu'elle force la vision de s'accommoder au foyer très-court des lunettes, tout en fixant des objets éloignés. C'est aussi elle qui amène le plus souvent à sa suite un certain degré de myopie acquise. Comment la vue peut-elle ne pas être détériorée, et finalement abolie, par l'usage de verres collectifs aussi forts, puisqu'ils sont suffisants pour permettre la lecture aux myopes après l'opération de la cataracte couronnée de succès, et que, par conséquent, le presbyte non opéré se sert d'un moyen auxiliaire équivalent au cristallin et qui double le pouvoir réfringent naturel de l'œil?

Ces considérations nous amènent naturellement à signaler une erreur généralement répandue parmi les gens du monde et partagée par bon nombre d'opticiens et d'ophthalmologistes : parmi ces derniers, nous regrettons de trouver M. Mackenzie. C'est une erreur, *selon* nous, de croire que le presbyte, à une époque quelconque, a besoin de se servir, pour voir de loin, de lunettes convexes, bien que plus faibles. Le presbyte, nous l'avons déjà dit et nous y insistons de nouveau, n'en a jamais besoin pour la vue à distance, s'il observe les règles hygiéniques spéciales que nous avons exposées, et surtout s'il ne s'est pas d'abord servi de verres trop forts pour le travail. Quelque faibles qu'elles soient, elles lui seront inutiles, et plus tard nuisibles. Lorsqu'il en ressent le besoin, cela ne tient déjà plus à une simple condition physiologique et normale de la réfraction oculaire, mais bien à un véritable état pathologique. Tantôt il a employé des lunettes trop fortes pour le travail ; tantôt il s'est servi, pour se conduire et pour voir de loin, soit de verres plans trop *teintés*, qui, surtout chez le presbyte, affaiblissent la vision, soit de verres convexes que quelque opticien mal avisé lui a donnés en les lui présentant comme de simples conserves ; tantôt enfin il est atteint d'une véritable amblyopie non dépendante de l'usage de lunettes et produite par d'autres causes; affection qu'il méconnaît et qu'il attribue à tort

à un changement naturel de sa vue amené par l'âge. Cette amblyopie, à une certaine époque, donne lieu à une altération de la portée de la vision, altération qui, au lieu d'être enrayée par les moyens optiques, ne fait qu'augmenter, et qui ne peut cesser qu'avec la guérison de l'affection principale, dont le traitement rationnel exige l'emploi des moyens basés sur la connaissance de la nature et des causes de la maladie. Parmi ces moyens, le repos des yeux et la suspension de l'emploi de toute espèce de lunettes tiennent l'une des premières places. Quand un presbyte commence à voir moins bien de loin, il faut, au lieu de vouloir remédier par des verres à ce défaut de la vision, suspendre le travail et l'usage des lunettes, et chercher la cause générale qui peut avoir produit cet affaiblissement; on aura à examiner, avant tout, si des lunettes trop fortes n'en sont pas la cause. Quelquefois on découvrira une amblyopie sénile, c'est-à-dire dépendant uniquement de l'affaiblissement inhérent au progrès de l'âge et à l'usure de organes, amblyopie dont le traitement est difficile et dont le développement et les progrès sont favorisés d'une manière fort fâcheuse par l'usage des lunettes trop fortes. Elle exige en général des moyens excitants et toniques.

§ XXIV. *Traitement de l'amblyopie causée par l'abus des lunettes convexes.*—Ce traitement est analogue à celui de l'amblyopie presbytique non compliquée de congestion, mais très-avancée; il doit être actif et plus persévérant. La guérison exige avant tout le repos absolu de la vue, au moins temporairement; l'exercice des yeux nus sur de gros objets distants, la suspension complète de l'usage de lunettes convexes pendant un temps ordinairement long, mais au moins pendant plusieurs semaines. Il est important de condamner l'usage des verres *teintés*, s'ils ont été pour quelque chose dans la production de la maladie, ou de ne les accorder que d'une nuance claire et à la vive lumière. Des fomentations d'eau froide, additionnée d'eau-de-vie, et un liniment spiritueux seront ordonnés. On y fera succéder le liniment de strychnine, et plus tard celui de camphre, de baume de Fioraventi, et d'ammoniaque, en frictions douces sur le front, les tempes, les pommettes, et en vaporisations vers les yeux entr'ouverts. L'affection ne cède-t-elle point à ces moyens, on a recours aux vésicatoires volants promenés sur les mêmes régions et pansés même, au besoin, après quelque temps, avec de petites quantités de strychnine que l'on augmentera peu à peu. Chez les vieillards, les individus affaiblis et ceux qui ont fortement abusé de leurs yeux, on peut donner à l'intérieur des excitants diffusibles, tels que l'éther et l'arnica;

celle-ci jouit de la réputation d'un stimulant spécial pour la rétine et le nerf optique. Peut-être que la pulsatille pourrait être tentée dans ces cas avec quelques chances de succès, par la raison que, d'après les expériences de Stoerck et de quelques autres observateurs, elle semblerait exercer une action toute particulière sur le globle oculaire dans lequel, au dire de ce médecin, elle produit des sensations douloureuses ; toutefois je n'ai pas eu occasion de l'expérimenter.

Il est important de se borner le plus longtemps possible à l'emploi de ces moyens, du repos des yeux et de l'exercice à distance de ces organes non armés, avant d'avoir recours de nouveau à l'usage de verres convexes. Lorsqu'on le fera, on les choisira le plus faibles possible ; on ne les fera employer d'abord que pendant quelques minutes, en éloignant beaucoup les objets et en observant toutes les règles recommandées pour les presbytes et l'amblyopie presbytique. On commencera aussi tard que possible, par un numéro juste assez fort pour permettre la lecture. Selon l'effet produit, on y substituera plus tard un autre numéro, soit plus faible, soit plus fort. Sans cesser pendant longtemps l'usage des lunettes et en prendre de beaucoup plus faibles, il n'y a pas de gnérison à espérer. Il est surtout de la plus haute importance d'empêcher le malade de se servir de verres pour voir de loin, ou, s'il n'est plus en état de se conduire sans lunettes, de ne lui en accorder de très-*faibles* que lorsqu'il est forcé de sortir seul. La force de ces verres sera de plus en plus diminuée. Toutes les fois que le malade pourra se procurer un guide, qu'il restera chez lui, ou qu'il ne quittera pas les endroits qu'il connaît parfaitement, il abandonnera les besicles.

Les *complications* de cette espèce d'amblyopie sont rares et peu nombreuses. Si, par exception, il coexistait des symptômes de congestion cérébro-oculaire, on les combattrait d'après les règles générales. On substituera aux verres rayés d'autres d'un poli parfait, et à ceux d'une couleur trop foncée des lunettes incolores ou peu *teintées*. Le malade aura soin de les placer le plus près des yeux et parallèlement au plan de l'iris. Si des opacités partielles des cornées sont trop invétérées pour laisser espérer une amélioration notable par l'application des topiques, il faut mettre un soin extrême à choisir des verres exactement proportionnés au foyer visuel, et ni trop forts ni trop faibles : les uns et les autres pourraient devenir pernicieux. Une teinte azurée un peu plus foncée est avantageuse ici, surtout à la vive clarté, où la contraction de la pupille gêne la

vision, principalement lorsque les cicatrices sont centrales. Aux loupes il faut substituer des lunettes d'un foyer convenable.

Nous venons de tracer les caractères de cette forme particulière d'affaiblissement de la faculté visuelle, tels que nous les avons observés très-fréquemment. Comment concilier les phénomènes qu'elle présente et la cause qui la produit si constamment avec le conseil donné par des charlatans d'abord, à la vérité, mais suivi par quelques médecins distingués, de faire travailler, de quatre à dix heures par jour, avec des verres convexes très-puissants, des individus frappés d'amblyopie et même d'amaurose presque complète? En réfléchissant à ce que nous avons déjà dit (§ XV), la réponse sera facile. Cette pratique, déduction faite de quelques guérisons fortuites, qui ne manquent même pas aux traitements les plus irrationnels, n'a pu réussir, à part les cas d'inégalité de la portée des deux yeux dont nous parlerons encore, que dans des amblyopies presbytiques méconnues ou des amauroses sur des presbytes qui certainement auraient guéri aussi bien et peut-être mieux par des lunettes plus faibles et le traitement que nous avons recommandé. Aussi avons-nous vu l'usage exclusif de verres d'une courbure considérable échouer dans un plus grand nombre de cas, que réussir, et produire des effets funestes dans beaucoup d'autres.

L'usage de verres convexes trop forts produit aussi quelquefois la myiodopsie et des douleurs névralgiques, mais plus rarement que le travail à l'œil nu et à une distance trop rapprochée. Encore, dans les cas où ces affections surviennent par suite de l'abus de lunettes, sont-elles rarement simples et presque toujours accompagnées d'un commencement d'affaiblissement de la vision.

J'ai vu quelques presbytes qui, s'étant notablement affaibli la vue par l'usage de besicles trop fortes, ne pouvaient plus lire, écrire ou travailler sans cligner, c'est-à-dire sans resserrer fortement les paupières, de manière à rétrécir la fente palpébrale et à exercer une certaine pression sur le globe oculaire. Le même phénomène m'a été présenté par quelques jeunes presbytes qui avaient contracté un commencement d'amblyopie par le travail à de trop petites distances. L'un de ces derniers éprouvait en même temps de la diplopie, surtout en fixant des objets distants. En rapprochant ces circonstances de ce qui a été dit sur le clignement chez les myopes (§ IV) et de la coexistence d'un certain degré de myopie acquise dans plusieurs de ces cas, on pourrait faire quelques nouvelles inductions sur l'influence que la nictitation et la contraction musculaire en géné-

ral exercent sur la faculté d'ajustement. Mais nos documents n'étant pas assez nombreux, nous ajournons de les publier et d'en tirer des conclusions.

(La suite au prochain numéro.)

DE L'EXTRACTION SIMULTANÉE DU CRISTALLIN ET DE SA CAPSULE ;

Par M. JEAN CHRISTIAEN,
Médecin-oculiste, chevalier, etc.

Deux méthodes se disputent et se disputeront sans doute pendant bien longtemps encore la prééminence : l'*abaissement* et l'*extraction*.

L'une et l'autre m'ont fourni des résultats également satisfaisants, employées en considération d'indications spéciales ; ainsi :

L'*extraction* dans les cataractes dures et chez les sujets âgés ; lorsque les yeux et les paupières ont une conformation qui n'embarrasse pas la manœuvre opératoire ; lorsque le malade a souffert antérieurement de goutte ou de rhumatisme, cas dans lesquels M. Sichel (1), et depuis M. Cunier (2), ont démontré le danger de recourir à la scléroticonyxie, à cause des accidents formidables qui en sont le plus ordinairement la suite et que la kératonyxie n'est pas propre à prévenir.

L'*abaissement* dans les cas de synéchie antérieure ou postérieure ; lorsque la pupille n'est pas assez dilatable ; lorsque les yeux sont très-petits et enfoncés dans l'orbite, les paupières en même temps étroites ; quand la cornée est plate et la chambre antérieure fort étroite, le corps vitré altéré, etc.

L'extraction est moins généralement pratiquée : le public et les médecins qui ne se vouent pas exclusivement à l'ophthalmologie en infèrent que l'abaissement est préférable et fournit des résultats plus avantageux. C'est là une grave erreur : si l'extraction est peu usitée, c'est qu'il est peu d'opérateurs qui *osent* assez compter sur leur dextérité ; c'est que, comme le dit fort bien M. Chelius : « *On peut dire avec raison de l'extraction, qu'elle est, de toutes les méthodes d'opérer le cataracte, celle qui demande le plus d'habileté.* »

Je ne m'étendrai pas davantage sur la question de la prééminence méritée par l'une ou l'autre méthode ; ce serait m'écarter, probable-

(1) *Annales d'Oculistique*, mai 1844.
(2) Voir la dissertation inaugurale de M. de Abrêu, Erlangen, 1844, p. 28.

ment sans utilité, du but que je me propose dans cette note destinée à faire connaître la pratique que je suis pour procéder à l'extraction, que j'opère suivant un procédé qui m'est propre.

Je place le malade sur un tabouret, près d'une croisée, et dans une position telle que la lumière tombe de côté sur les yeux et ne soit pas réfléchie par la cornée transparente. Un aide fixe la tête contre la partie gauche de la poitrine, si c'est l'œil gauche que j'opère ; contre la partie droite, si c'est l'œil droit. Dans le premier cas, l'aide place sa main droite sous le menton et se rapproche ainsi plus ou moins du chirurgien qui se tient devant le malade, assis ou debout ; il met alors la paume de la main gauche à plat sur le côté gauche du front du malade, de manière à ce que l'extrémité des doigts indicateur et médius arrive un peu au-dessous du bord de la paupière inférieure. A l'aide de l'indicateur, il relève la paupière autant que faire se peut, et aussitôt il applique le médius pour la fixer plus solidement. Il doit avoir soin que l'extrémité de ces doigts soit assez éloignée du globe oculaire pour ne pas le toucher et n'exercer sur lui aucune compression; leur disposition doit néanmoins être telle, que si l'œil fuyait en haut sous l'instrument, la partie saillante les rencontrerait en les frôlant et forcerait l'organe à reprendre sa position.

L'opérateur, afin de pouvoir plonger le regard de haut en bas dans l'intérieur de l'œil, et n'être pas obligé de tenir ses bras élevés, doit être placé devant le malade de telle façon que sa poitrine se trouve au niveau de la tête du patient ;—il abaisse la paupière inférieure avec l'indicateur (de la main *gauche* pour l'œil *gauche*,—de la main *droite* pour l'œil *droit*), en ayant la précaution que l'extrémité de ce doigt dépasse, comme celui de l'aide, le niveau palpébral ;—il applique le médius sur la caroncule lacrymale dans le but de s'opposer à la fuite du globe dans l'angle interne, inconvénient dont on connaît la grave portée.—Saisissant le kératotôme, qu'il tient comme une plume à écrire entre le pouce, l'indicateur et le médius, le tranchant placé dans la direction à donner à l'incision (en haut, en bas, ou oblique), la pointe tenue à 3 ou 4 millimètres de la cornée, l'annulaire et l'auriculaire prenant leur point d'appui sur la joue, l'instrument est plongé au lieu d'élection, et la cornée traversée d'un seul temps.

Dès que la pointe est ressortie dans l'angle nasal, elle est fixée sur l'ongle de l'indicateur qui abaisse la paupière, et qui sert à présent à conduire l'achèvement graduel de la section, en même temps que

par une légère pression sur la paupière supérieure on détermine la sortie du cristallin et de sa capsule.

Après avoir laissé l'œil une minute en repos, on s'assure si les bords de la plaie sont en coaptation et si des fragments capsulaires ne sont pas engagés entre les lèvres de la plaie, circonstance que j'ai observée, mais très-rarement.

S'il arrive que le cristallin reste en place au moment de l'achèvement de la section de la cornée, — ce qui forme un extraordinaire lorsqu'on suit la conduite que j'ai indiquée, — je laisse à l'œil un temps de repos ; puis, soulevant la paupière supérieure et abaissant l'inférieure, en usant de précautions convenables, je porte le plat d'une curette sur la partie supérieure du globe, et par quelques mouvements compressifs j'amène la sortie de la lentille.

Comme on le voit, je n'incise point la capsule antérieure. Ce temps expose toujours à des inconvénients. Exécuté avec le couteau (Young, Warner, Guépin, etc.), il fait courir le danger de ne pouvoir terminer la section de la cornée, car lorsqu'on a porté la pointe dans la pupille pour diviser la cristalloïde, il faut relever le manche, et alors, comme dans le mouvement d'abaissement pour replacer l'instrument dans la direction voulue, une voie est ouverte à l'humeur aqueuse qui s'échappe parfois en grande quantité et entraîne la hernie d'une portion d'iris que l'on est obligé de réséquer si l'on veut terminer l'œuvre. Lorsque la division capsulaire est faite au moyen d'une aiguille en fer de lance (Beer), ou falciforme (Rosas), ou du kystitome (Lafaye, Boyer, Jaeger, Bancal, Rey), il faut soulever les bords de la plaie, et toujours on perd une notable quantité d'humeur aqueuse ; d'où des inconvénients de la nature de celui dont je viens de parler.

L'extraction pratiquée en un temps, comme je le fais, n'expose ni à la blessure ni à la hernie de l'iris pendant la section de la cornée.

La hernie de cette membrane ne saurait avoir lieu que par le fait d'une section mal dirigée, ou bien trop grande ou trop petite.

La conduite que je tiens permet d'en calculer exactement l'étendue, l'application du médius sur la caroncule immobilisant le globe dans la direction nasale, et l'indicateur de l'aide et celui de l'opérateur vers le haut et le bas. Une mauvaise direction est le fait d'un opérateur peu exercé, soit qu'il incise trop loin de l'union de la cornée et de la sclérotique, soit qu'il ne tienne pas son instrument exactement parallèle au plan de l'iris.

On ne manquera pas dire *a priori* que par ma méthode on doit

souvent avoir à déplorer la sortie de l'humeur vitrée : c'est là un accident qui ne m'est jamais arrivé; je n'en conçois la possibilité que par l'effet d'une pression immodérée ou trop précipitée sur le globe. Une certaine partie du corps vitré sortirait, que cela n'aurait d'ailleurs aucun résultat fâcheux.

Ainsi donc, en suivant ma méthode d'extraction, on évite trois des causes capitales d'insuccès signalées par les auteurs, notamment par M. Maunoir (de Genève), l'oculiste réputé à bon droit l'un des plus habiles pour extraire la cataracte (1).

Je crois inutile de faire remarquer que dans les cas d'adhérence de la capsule avec l'iris, je ne me dispense point d'ouvrir la capsule à l'aide du kystitome.

Je ne dirai rien des précautions à prendre immédiatement après l'opération, ni du traitement prophylactique ou curatif des accidents consécutifs; ce serait m'écarter du but de cette note : les auteurs sont remplis des notions les plus satisfaisantes à ce sujet.

Mon appareil instrumental ordinaire pour l'extraction se compose d'un couteau de Beer ou de Wenzel, que je préfère à tous les autres; d'une curette de Daviel, de pinces fines, et de deux paires de ciseaux de Daviel, destinés à agrandir, si besoin en est, l'incision de la cornée; ce qui ne m'est jamais encore arrivé.

Je ne me sers de l'élévateur de Pellier que dans les cas où la paupière supérieure est trop grosse, ou bien se laisse difficilement relever et maintenir.

Rotterdam, le 10 avril 1845.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Journal de médecine de Bordeaux.

Considérations pratiques sur la myotomie oculaire, tirées de vivisections faites dans le but d'établir classiquement un procédé fixe et invariable pour l'exécution de cette opération; par le docteur Philippe, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux. —Ce mémoire a reçu une *mention honorable* dans le concours pour

(1) Voir dans le 2e volume supplémentaire des *Annales d'Oculistique* de M. F. Cunier, le mémoire du savant oculiste genevois sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte par extraction.

la médaille d'encouragement que décerne chaque année la Société de médecine pratique de Bordeaux (voir *Ann. d'Ocul.*, vol. XII, p. 261). Voici en quels termes il est parlé de ce mémoire, non encore publié, par M. Fasileau, rapporteur de la commission du concours de 1844 pour les prix d'encouragement : « L'auteur a voulu poser quelques jalons pour la solution des questions qui se rattachent à la myotomie, seulement en ce qui concerne la section des muscles de l'œil. Deux camps, dit-il, divisent les ophthalmologistes dans l'opération du strabisme : à l'un appartiennent ceux qu'il appelle les *mécaniciens;* à l'autre les *vitalistes*. Les premiers font la section d'un muscle rétracté comme ils couperaient une corde inerte et trop courte, et ne s'enquièrent pas de ce qui aviendra. Les seconds, au contraire, voyant dans un muscle rétracté autre chose qu'un ruban inorganique, pour ainsi dire, veulent qu'un muscle étant coupé, on cherche à provoquer sa reproduction en facilitant, par le mode rationnel de la section, la cicatrisation des deux bouts séparés, c'est-à-dire la formation de la substance intermédiaire qui rend à l'organe sa longueur plus ou moins normale, ainsi que ses mouvements physiologiques. Notre confrère se déclare *vitaliste*, et c'est dans le but de confirmer la consécration des principes du *vitalisme* qu'il a entrepris une série d'expériences. Il faut, selon lui, que le scalpel soulève le voile jeté par la nature sur les ressorts de la vie. Chez 15 individus opérés par M. Philippe (*strabisme convergent*), au lieu de raser le globe de l'œil dans la section du muscle droit interne, il a divisé celui-ci à 3 millimètres de son attache oculaire. Le fragment antérieur, par lui conservé, va s'unir au bout postérieur au moyen d'une substance intermédiaire que les vivisections lui ont démontrée. Voilà comment le muscle droit interne peut encore résister à son antagoniste et empêcher que par l'opération on n'obtienne qu'un échange de difformité. M. Philippe n'est point l'inventeur du procédé qu'il préconise et suivant lequel il a opéré ; mais on ne peut nier qu'il n'ait jeté, par ses expériences sur des animaux vivants, quelque lumière sur la myotomie oculaire. Ce genre d'opération a, dès le principe, excité un zèle que notre compagnie a nombre de fois constaté. » (Février 1845.)

Journal de Médecine de M. Beau.

Emploi thérapeutique des feuilles et des tiges de la pomme de terre. Comme M. Beau, nous sommes heureux toutes les fois que nous

pouvons offrir à nos lecteurs, surtout à nos confrères de la campagne, des ressources thérapeutiques simples, faciles à se procurer, sans valeur vénale, et pourtant d'une incontestable utilité. Telles sont les tiges et les feuilles de la pomme de terre, dont un médecin allemand, M. Pluskal, vient, nous ignorons où, de vanter l'emploi en cataplasmes, fomentations, lavements, dans les cas de phlegmasie avec douleurs vives, d'hémorrhoïdes très-douloureuses, de spasmes de la vessie. Pour préparer le cataplasme, il faut réduire en pulpe les tiges et les feuilles de la pomme de terre. — Ce cataplasme, comme celui fait avec la râpure de la pomme de terre, est d'un usage populaire en Belgique, dans le panaris, la brûlure, les abcès. — Nous avons vu fréquemment employer le cataplasme fait avec les tiges et les feuilles, dans l'ophthalmie scrofuleuse avec photophobie. La pomme de terre, à titre de plante de la nature des solanées, jouit, à un faible degré, il est vrai, des propriétés de la jusquiame, de la belladone, etc. : on se rend donc parfaitement compte du succès avec lequel elle est employée dans un grand nombre de localités du Brabant et des Flandres. — L'infusion des semences de la pomme de terre, comme celle des semences du cerfeuil ; la décoction des feuilles et des tiges de ces deux plantes, constituent des moyens que nous prescrivons souvent à des malades qui ne pourraient se procurer la belladone : nous avons presque toujours eu à nous en louer.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la localisation et de la spécificité des ophthalmies, pour servir aux indications thérapeutiques que réclament ces affections; par le docteur S. Furnari. Paris, 1844; 16 pages in-8°. (Extrait du *Bulletin général de Thérapeutique.*)

M. Furnari a eu pour but, en écrivant ce mémoire, de défendre la localisation des ophthalmies, la spécificité de ces maladies et les spécialités contre les attaques qui avaient été dirigées contre elles à l'Académie de médecine de Paris.

Un seul membre de cette assemblée, M. Gerdy, médecin d'un grand mérite d'ailleurs, s'est élevé contre la localisation des ophthalmies ; mais personne ne s'est rangé sous son drapeau : il a lutté seul et longtemps, sans reculer d'un pas. Ce serait, au reste, chose inouïe que de voir quelqu'un, dans une discussion, modifier ou changer

ses opinions, bien que tout le monde dise que *du choc des opinions jaillit la lumière.* Ce n'est pas apparemment pour ceux qui discutent que la lumière luit. M. Furnari a compris qu'il était inutile de s'étendre beaucoup sur ce sujet. La localisation est si évidente dans certaines inflammations de l'œil, dans la conjonctivite, dans l'iritis, par exemple, que l'on ne comprend pas la possibilité d'une objection sérieuse contre ce principe ; et si, dans d'autres cas, les parties voisines du tissu enflammé, ou celles qui ont avec lui d'étroites connexions, manifestent des souffrances plus ou moins vives, ce même principe n'en est pas détruit pour cela : ce n'est qu'un nouvel exemple de la solidarité qui lie entre elles les diverses parties de l'organisme. Parce qu'une pneumonie suscite des troubles généraux et des désordres souvent très-prononcés dans d'autres organes, en admet-on moins la localisation de l'inflammation dans le poumon?

La question de la spécificité des ophthalmies est autrement litigieuse ; M. Furnari l'a traitée avec de plus grands développements. Les théories ophthalmologiques de l'école de Beer, répandues en Angleterre par S. Cooper et Mackenzie, et que M. Sichel a particulièrement concouru à propager en France, ont rencontré partout de nombreux antagonistes ; la doctrine du professeur de Vienne méritait donc un examen plus sérieux.

M. Furnari en a considérablement restreint les limites. Réprouvant l'exagération qui perd tout, même les bonnes choses, il ne pouvait admettre les ophthalmies spécifiques cachectiques, menstruelles, scorbutiques, veineuses, etc. Pour que l'on soit autorisé à donner le nom de spécifique à une ophthalmie quelconque, une chose est, dit-il, indispensable : c'est que, abstraction faite de toutes les autres parties de l'organisme, la maladie de l'œil doit servir à elle seule, et comme premier symptôme, à diagnostiquer une affection générale constitutionnelle, ou l'existence dans l'économie d'un virus ou d'un principe morbifique particulier. L'iritis syphilitique se trouve en première ligne dans cette catégorie. Il n'est pas de praticien exercé qui n'ait plus d'une fois reconnu une affection syphilitique à la seule inspection de l'iris, à sa coloration, à ses productions morbides. Dans l'ophthalmie varioleuse, les pustules qui se développent sur la conjonctive oculo-palpébrale ou sur la cornée présentent encore des caractères spécifiques et différentiels qu'il est impossible de méconnaître. Il n'en est déjà plus tout à fait de même de l'ophthalmie scrofuleuse, la dernière admise par M. Furnari dans l'espèce. Outre qu'il n'y a rien de spécifique dans l'état strumeux lui-même, on ne

retrouve pas toujours dans son expression symptomatique les caractères tranchés et parfaitement identiques dont la spécificité, ce mot étant pris dans une acception rigoureuse, exige la présence. On ne peut toutefois disconvenir que la scrofule n'imprime aux altérations des tissus de l'œil des modifications qui, pour n'être pas constantes dans leur forme et leur ensemble, n'en donnent pas moins naissance à divers groupes de symptômes propres à faire soupçonner la nature de la maladie. Des médecins paraissent ne pas être de cet avis, et M. Velpeau a été plus loin encore dans l'une de ses argumentations à l'Académie : *Non-seulement*, a-t-il dit, *je n'admets pas d'ophthalmie scrofuleuse, mais je n'admets pas même de scrofules.* Sur quoi un chœur de oh ! oh ! s'éleva des bancs des honorables ; forme de protestation, qui en vaut bien une autre, contre ce qui semblait à tous une hérésie médicale. Cependant ce que nous appelons scrofule existe bien réellement, et il n'est pas permis de supposer que M. Velpeau nie une chose que, comme nous, il a chaque jour sous les yeux. Il faut donc qu'il y ait là un malentendu, un terme qui avait besoin d'être bien défini. — Si le genre humain, dit d'Alembert, est livré à des discordes éternelles, c'est faute de bonnes définitions.

Pour éviter ces vicieuses logomachies, ne pourrait-on pas, dans la question qui nous occupe, laisser de côté la spécifité, cet être indéfinissable et fantastique qui fascine l'esprit, et se demander s'il existe des ophthalmies causées ou entretenues par un état cachectique, une disposition arthritique, la scrofule, certains embarras veineux abdominaux, etc. Pour nous, nous sommes disposé à le croire. Eh bien, admettons, sans arrière-pensée aucune, des ophthalmies cachectiques, scrofuleuses, veineuses, voire même menstruelles, si l'on découvre des rapports de causalité entre certains désordres de la menstruation et l'affection des yeux. Ces expressions sont claires, intelligibles ; elles indiquent à la fois l'organe affecté et la cause, si souvent négligée, qui entretient la maladie, et elles mettent tout d'abord le médecin sur la voie des moyens de traitement dont l'ensemble est si nécessaire pour obtenir une guérison complète.

M. Furnari termine son mémoire par quelques mots en faveur des spécialistes, auxquels des médecins haut placés, dit-il, ne manquent jamais d'infliger un blâme sévère toutes les fois que l'occasion s'en présente, et il fait entrevoir que ce n'est pas l'intérêt de la science qui les anime en cette occasion. Nous partageons entièrement la manière de voir de M. Furnari touchant les spécialités. Nous avons déjà dit dans ces *Annales* notre pensée sur ce sujet. Dr. Gouzée.

Études d'Oculistique; par A. Guépin, D. M. P., professeur à l'École de médecine de Nantes, etc. : in-8° pp. 143, avec une pl. color. Paris, 1844, Germer-Baillière.

L'opuscule que nous annonçons se compose de mémoires détachés sur divers sujets d'oculistique. L'auteur, dont les lecteurs de ce journal connaissent le zèle et la probité scientifiques, s'occupe successivement de la méthode abortive,—dans laquelle il comprend l'emploi de la plupart des moyens propres à mettre un terme plus ou moins éloigné à la marche des ophthalmies aiguës, — du traitement des taches de la cornée, des maladies de l'iris et des opérations praticables sur cet organe. Nous n'entreprendrons pas de donner une idée exacte du livre de M. Guépin; les détails dont il abonde, et qui ont particulièrement trait à la pratique, se refusent à l'analyse.—Les mémoires dont nous venons de faire connaître l'objet sont précédés de considérations générales sur les spécialités, que les gouvernements, dit l'auteur, devraient tâcher, non de détruire, mais d'organiser, ce qui aurait, entre autres avantages, celui de supprimer la médecine illégale et certains genres de charlatanisme. Il voudrait qu'il fût créé dans chaque hospice des villes de province un service externe confié à des hommes spéciaux, où les malades pauvres du dehors recevraient gratuitement soins et médicaments. M. Guépin développe cette idée, et ses vues méritent d'être prises en sérieuse considération par ceux qui s'occupent des réformes à introduire dans l'art de guérir.

Γ.

Das chirurgische und Augenkranken-Klinikum der Universität Erlangen, von 1 october 1843, bis zum 30 september 1844, von Doctor Heyfelder, o. ö, Professor der Medicin u. Director der chirurgischen Klinik, Ritter, u. s. w.—Berlin, 1845, 8° pp. 120. (Extrait du *Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde.*)

Nos lecteurs savent que chaque année (1) M. le professeur Heyfelder vient rendre compte au public médical des faits observés à la clinique chirurgicale et ophthalmologique qu'il dirige avec autant de zèle que de talent à l'Université d'Erlangen. Le rapport que nous avons sous les yeux comprend l'année académique 1843-1844. Les affections oculaires traitées pendant cette année sont ainsi réparties : Blessures de la paupière supérieure avec commotion du bulbe, 3. — Colobôme de la paupière supérieure, 1.—Ophthalmies

(1) Voir *Annales d'Oculistique,* vol. X, p. 91, et vol. XI, p. 101.

traumatiques, 10. — Ophthalmies catarrhales, 21. — Ophthalmies rhumatismales, 4. — Ophthalmies rhumato-catarrhales, 13. — Ophthalmies scrofuleuses, 19. — Ophthalmies arthritiques, 2. — Lippitudes, 4. — Kératites, 6. — Iritis syphilitiques, 2. — Ophthalmoblennorrhée, 1. — Alopécie des cils, 1. — Trichiasis, 1. — Leucomes, 3. — *Nubeculae marginis corneae*, 1. — Ptérygions, 4. — Staphylômes de la cornée, 2. — Staphylôme transparent, 1. — Staphylômes de la sclérotique, 2. — Glaucôme, 1. — Amauroses, 2. — Amblyopies, 2. — Orgeolets, 2. — Cataractes, 22. — Cataractes secondaires, 2. — Brûlure de l'œil, 1. — Strabismes convergents, 4. — Strabisme divergent, 1. — Colobômes congénitaux de l'iris, 2. — Colobômes acquis, 7. — Corps étrangers dans la cornée, 7. — En tout 159 malades.

Les opérations suivantes ont été pratiquées : 4 sections du muscle droit interne, — 1 du muscle droit externe, — 2 opérations de staphylôme de la cornée, — 6 extractions de corps étrangers fixés dans la cornée, — 17 opérations de cataracte à l'aiguille, par la sclérotique, — 1 extraction de cataracte, — 1 corectomie, — 1 excision du tarse, — 2 excisions de ptérygion, — 1 opération de colobôme de la paupière supérieure ; en tout 36 opérations.

M. Heyfelder ne consacre que treize pages de détails aux faits oculistiques. Parmi les observations de cataracte qu'il rapporte, il s'en trouve plusieurs qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Sichel et de la nôtre (1), que chez les cataractés souffrant ou ayant souffert de goutte ou de rhumatisme, l'extraction et la kératonyxie doivent être préférées à l'opération par la sclérotique. — Suivent deux faits intéressants de commotion de l'œil qui corroborent les opinions développées par l'auteur dans le mémoire inséré dans la présente livraison. — M. Heyfelder rapporte un cas de trichiasis guéri par l'excision du bord palpébral, un cas de colobôme de la paupière supérieure, datant de 14 ans, guéri par l'avivement des bords de la fente et la réunion par la suture.

Le droit interne fut coupé sans résultat chez un malade louchant en dedans par suite de la paralysie du droit externe. — L'auteur termine sa brochure par les détails de l'examen anatomique d'un œil opéré du strabisme en 1842.

Nous devons adresser de nouveau nos félicitations à M. Heyfelder au sujet du soin consciencieux qu'il apporte dans la rédaction du compte-

(1) Voir la dissertation inaugurale de M. de Abrêu, p. 28, et *Annales d'Oculistique*, vol. XII, p. 60.

rendu annuel de sa clinique. Il ne cherche ni à briller ni à éblouir; ses phrases ne sont ni prétentieuses ni sonores. Comprenant d'une autre façon que certains professeurs les devoirs d'un directeur de clinique, il expose ce qu'il a vu, ce qu'il a fait, et livre sa conduite à la critique de ses pairs. Quand donc les chefs de service de nos hôpitaux adopteront-ils une semblable conduite?

F. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LANSZ. (FERD. L.). — *Tractatus physiologico-oculisticus de subjectivis phaenomenis lucis.* — 8° maj. pp. 58; Vindobonae, 1844, Braumüller et Seidel.

EBERHARD (CONST. FRIEDR.). — *Zwei Fragen aus dem Lehre vom Leben des Auges.* Einladungsschrift Zur Feier des Stiftungsfestes des *Gymnasii Casomiriani*, 3 juli 1844, zu Coburg. — In-4° pp. 52, avec 2 planches; Cobourg, 1844. Dietz.

MENSERT. (W.). — *Bedenkingen en mededeelingen aangaande de oogspiersnijding* (myotomia ocularis), *ter verhelping van het scheelzien, benevens eene vertaling van de geschiedkundige kritiek* Ilias post Homerum *van* Dr NEVERMANN. *Voor Genees-en niet geneeskundigen.* — 8° pp. XVI-77. Amsterdam, C. G. van der Post, 1845.

(M. Mensert vient de publier, sous ce titre, son opinion sur la myotomie appliquée à la cure du strabisme; il y a joint la traduction en hollandais de l'*Ilias post Homerum* de M. Nevermann et de la note de M. Cunier sur l'histoire de la strabotomie, insérées dans notre livraison de décembre 1844 (vol. XII, pp. 237 et 250). — Nous nous étendrons prochainement sur cette brochure, écrite aussi bien pour le monde que pour le public médical.)

MORAND. (L.). — *Mémoires et observations cliniques de Médecine et de Chirurgie,* 8° pp. XII-260 avec pl. Tours, R. Pornin et Co., 1844.

(Nous regrettons beaucoup de ne connaître ce livre que par l'annonce qui vient d'en être faite. Il contient, outre des considérations sur les avantages d'opérer la cataracte qui n'a atteint qu'un œil, sans attendre que l'autre œil soit affecté, un *mémoire sur l'ophthalmie scrofuleuse.* Ce dernier travail a été présenté à l'Académie royale de médecine en janvier 1844, et a été l'objet d'un rapport que nous avons reproduit avec la discussion à laquelle il a donné lieu (Voir *Annales d'Oculistique,* volume XI, pp. 251 et 280; vol XII, pp. 45 et 48). — Dès que nous serons en possession du livre de notre savant confrère de Tours, nous nous empresserons de donner à nos lecteurs une analyse du mémoire sur l'ophthalmie scrofuleuse, ou de reproduire ce mémoire, selon que nous le jugerons utile pour faciliter l'interprétation de la discussion qu'il a fait naître, et qui n'a roulé que fort secondairement sur la matière dont il traite.)

L. C. ROCHE, L. J. SANSON et A. LENOIR. — *Nouveaux Eléments de Pathologie médico-chirurgicale,* ou *Traité théorique et pratique de*

Médecine et de Chirurgie.—5 volumes in-8° pp. 700.—Paris, 1844, J.-B. Baillière (à Bruxelles, chez Tircher).

(C'est sous ce titre que vient de paraître une nouvelle édition des *Nouveaux Eléments* si connus de Roche et Sanson. La partie médicale a été revue par M. Roche, qui, mettant de côté tout esprit de système et tout amour-propre d'auteur, s'est largement écarté des doctrines trop exclusives de Broussais pour suivre une marche plus hippocratique. En agissant ainsi, M. Roche a fait preuve à la fois de jugement, de savoir et de loyauté. Quant à la partie chirurgicale, elle a été confiée aux soins de M. Lenoir (élève de Sanson), chirurgien de l'hôpital Necker. Voici comment le *Journal de Chirurgie* de M. Malgaigne juge la partie oculistique :

« . . . C'est surtout à propos des maladies des yeux qu'il convenait d'être sobre de détails. On sait combien sont nombreux les procédés opératoires dans le traitement de la fistule lacrymale, de la pupille artificielle et du strabisme, bien qu'il en soit peu d'une utilité incontestable. M. Lenoir ne pouvait songer à les mentionner tous, et il s'est contenté de citer les faits importants, de décrire les principales méthodes opératoires et les instruments qu'elles exigent pour être pratiquées. De cette façon, il a pu renfermer dans un cadre étroit les maladies des yeux, et rendre plus facile à saisir l'histoire si compliquée de leur traitement. »)

Caffe.—*De l'Ophthalmie des armées et surtout de l'Ophthalmie régnante en Belgique et dans les Pays-Bas.*—8° pp. 40; Paris, Hauquelin.

(Extrait de la *Revue médicale*, 1844.)

Bouvier (H.). — *Mémoire sur le Strabisme et la Myotomie oculaire.*—8° pp. 32, Paris, J.-B. Baillière, 1844.

Leroy D'Etiolles (J.).—*Recueil de Lettres et de Mémoires adressés à l'Académie des sciences pendant les années* 1842 et 1843. — 8° pp. 366 ; Paris, J.-B. Baillière, 1844.

(Ce volume ne renferme qu'un mémoire oculistique ayant pour objet des expériences sur la reproduction du cristallin. Voir *Annales d'Oculistique*, vol. VI, p. 70.)

Vallée (L. L.).—*Théorie de l'OEil.* 1re et 2e livraisons, 8° pp. 208, avec 4 planches.—Paris, J.-B. Baillière, 1844.

(L'ouvrage sera complet en quatre livraisons. L'auteur est un ancien élève de l'École polytechnique.)

Decondé. — *De l'influence des conditions physiques de l'atmosphère sur l'ophthalmie de notre armée.* — 8° pp. 38. (Extrait des *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1845.)

Escolar (Sérapio).—*Notice sur l'Ophthalmie qui règne fréquemment dans la Rivera, dans la province de Valence* (Espagne). 8° pp. 20, Bruxelles, Grégoir, 1845. (Extrait des *Annales d'Oculist.*)

Stoeber (Victor).—*Notice sur les Eaux minérales de Hombourg près Francfort-sur-Mein.* — 2e édition. — In-12 pp. 86. Paris, Delacour et Marchand, 1844.

(Nous parlerons incessamment de l'usage de ces eaux dans le traitement de diverses affections oculaires; nous mettrons alors à profit les remarques de M. Stoeber sur la matière.)

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIII. — 2e série. Tome Ier. — 5me livraison.
MAI 1845.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS, ET PARTICULIÈREMENT SUR CELLE DES MORCEAUX DE CAPSULE FULMINANTE QUI ONT PÉNÉTRÉ DANS L'INTÉRIEUR DU GLOBE OCULAIRE;

Par le docteur SICHEL.

Il a souvent été question, dans les *Annales d'Oculistique*, de la présence de corps étrangers, et surtout de celle de morceaux de capsule fulminante dans l'intérieur du globe oculaire, de leur action sur cet organe et des moyens de la neutraliser. Dans le volume Ier, MM. Laurent, Cunier, Stiévenart, Schindler, etc., ont agité la question de savoir dans quels cas il convient d'extraire ces corps étrangers ou de les abandonner, et quels sont ces cas. Nous nous proposons, dans ces lignes, de fournir notre contingent à la solution de ce point important.

Lorsqu'un corps étranger, tel qu'un grain de plomb ou un morceau de capsule à percussion ou de pierre, est lancé dans l'œil par une explosion ou une force capable de lui imprimer une impulsion violente, il faut examiner, avant tout, à quelle profondeur et dans quelle partie il est fixé. Se trouve-t-il logé très-avant et inaccessible à la vue, ce serait, selon nous, une grande imprudence, non-seulement de vouloir l'extraire, mais encore de chercher simplement à se rendre compte de sa présence, de sa position, de sa forme et de sa grandeur, à l'aide d'un stylet ou de tout autre instrument mousse introduit au hasard par l'ouverture externe, quelque grande qu'elle fût. A plus forte raison, dans le cas où il n'existerait point d'ouverture, serait-il blâmable de pratiquer une incision pour introduire ces instruments d'exploration. Le corps étranger, au contraire, occupe-t-il la chambre antérieure ou postérieure, de manière à être visible,

qu'il soit libre dans ces cavités ou engagé par l'un de ses angles ou de ses bords dans l'une des membranes oculaires, dans l'iris par exemple, alors il convient, après avoir énergiquement combattu l'ophthalmie traumatique, mais sans trop de retard, de faire une ouverture convenable à l'une des membranes externes et d'enlever cet agent irritant; car sa présence, dans toute hypothèse, doit tôt ou tard produire des effets fâcheux sur l'organe et sur ses fonctions. Nous laissons naturellement de côté tous les cas où le corps vulnérant fait saillie par une de ses extrémités à travers l'une des membranes externes, comme la sclérotique ou la cornée, cas dans lesquels est trop évidemment indiquée son extraction, soit que l'on puisse saisir avec une pince l'extrémité saillante, soit qu'il faille agrandir la plaie pour faciliter sa sortie.

Lorsqu'un fragment de capsule à percussion n'a pas pénétré trop profondément dans l'œil pour être inaccessible au regard, le plus ordinairement il est fixé dans le cristallin ou dans le feuillet antérieur de la cristalloïde. Ce sont ces cas que nous allons examiner plus spécialement aujourd'hui, en développant l'opinion que nous venons d'émettre contradictoirement avec les arguments qu'ont fait valoir les estimables confrères que nous avons cités plus haut.

Depuis que l'usage des capsules fulminantes s'est généralement répandu, la fréquence des blessures graves de l'œil a augmenté d'une manière déplorable. Chaque année, pendant la saison de la chasse, il ne se passe presque pas de mois sans que je sois consulté une ou plusieurs fois pour des accidents semblables. Ce n'est pas seulement au moment de la décharge d'une arme à percussion qu'ils surviennent, mais très-fréquemment aussi au moment où des individus, des enfants surtout, qu'on ne saurait trop soigneusement surveiller pour les empêcher de se livrer à ce funeste amusement, font éclater de pareilles capsules, soit avec une arme à feu non chargée, soit à coups de marteau ou de pierre. D'ordinaire, ce n'est qu'un fragment plus ou moins volumineux et anguleux de métal qui est détaché et projeté vers l'œil. La présence dans cet organe d'une capsule complète est, à ma connaissance, un fait unique, observé seulement par MM. Laurent et Cunier. C'est tantôt par la sclérotique, tantôt, et plus fréquemment, par la cornée que pénètre le corps étranger. Dans l'un et l'autre cas, il est quelquefois étonnant combien peut être petite la lésion apparente. Souvent le médecin, consulté à une époque plus ou moins éloignée de l'accident, ne voit qu'une cicatrice très-peu étendue et presque linéaire, le tranchant

ou l'angle aigu du corps étranger lancé avec une aussi grande force, et tourné perpendiculairement à la surface externe de l'œil, agissant à peu près comme un instrument chirurgical bien confectionné et bien dirigé. Quelle que soit la voie par laquelle le corps vulnérant est entré, lorsqu'il s'arrête dans le cristallin ou dans son enveloppe, il reste souvent longtemps visible dans ces parties, qui toujours, au bout d'une époque plus ou moins longue, perdent leur transparence et cessent de servir à la vision.

Quand et comment convient-il d'opérer dans ces cas? Telle est la question que nous nous sommes plus spécialement proposée aujourd'hui, et que nous tenterons de résoudre à l'aide de quelques-unes des observations que nous avons recueillies, observations qui nous paraissent présenter un très-grand intérêt et sur lesquelles s'appuieront d'une manière essentiellement pratique nos raisonnements et nos conclusions.

Nous pensons donc que dans les cas de cette nature, savoir, lors de la présence de fragments métalliques logés dans la chambre antérieure ou dans l'appareil cristallinien cataracté, et lorsque les parties plus profondes de l'œil ne sont aucunement intéressées dans la blessure, il convient toujours de faire des tentatives pour extraire le corps étranger. Contre cette proposition, on pourrait faire valoir les considérations suivantes : 1° l'opération est dangereuse et peut compromettre jusqu'à la forme et l'existence de l'organe ; 2° souvent la nature, seule et sans aide, en amenant la résorption de la cataracte traumatique, produit un résultat aussi brillant que peut le donner le succès le plus complet après une opération; 3° enfin, dans le cas même du rétablissement de la vision, soit spontané, soit par une opération chirurgicale, le malade, au lieu du bénéfice espéré, peut n'en retirer que des inconvénients dépendant de l'inégalité du foyer visuel dans les deux yeux, comme cela se voit assez fréquemment après l'opération de la cataracte pratiquée sur un œil dont le congénère a conservé l'intégrité de ses fonctions. (Voir ce que nous avons dit sur ce point dans notre *Traité de l'Ophthalmie*, p. 537.)

Abordons l'une après l'autre ces différentes objections :

1° On ne peut nier le danger que présente toujours ce genre d'opération; mais en prenant quelques précautions et en faisant usage de procédés particuliers, on parvient à le diminuer et souvent même à l'éloigner complétement. A moins que le corps étranger ne soit très-peu volumineux et que la plaie produite par lui ne soit très-large et béante, ou bien que, comme dans le cas de M. Cunier, il n'y

ait danger de rompre les membranes oculaires en y pratiquant une nouvelle ouverture, nous ne tenterons jamais l'extraction du corps étranger à travers l'ouverture qu'il a faite. (Il va sans dire que nous exceptons les cas où il proémine entre les lèvres de la plaie.) En général, une ponction un peu large avec le couteau lancéolaire de Jaeger remplira toutes les indications. L'important est, ici comme dans les opérations de pupille artificielle et d'extraction de cataractes secondaires, d'éviter la suppuration, et, par cette raison, de n'avoir point de lambeau large et mobile capable de se déplacer; condition remplie par une ponction faite avec le couteau lancéolaire. Il faut que cette ponction soit aussi large que peut la faire l'instrument; sans quoi la pince, même la plus fine, introduite dans les chambres de l'œil, ne saurait se développer assez librement pour charger le corps étranger. Toutes les fois même que ce dernier est placé de manière à être difficile à saisir avec des pinces introduites par une ouverture aussi petite, l'emploi du couteau lancéolaire est inadmissible. D'ailleurs, d'après sa conformation, cet instrument ne peut agir qu'en étant poussé d'avant en arrière ou d'un côté à l'autre; on ne pourra donc l'employer que lorsque l'ouverture de la cornée doit être pratiquée sur son côté externe ou inférieur externe, à moins qu'on ne veuille se servir d'instruments courbes introduits par-dessus le nez. Il devient difficile et presque impossible à manier lorsque la position du corps étranger exige pour son extraction une ouverture placée plus ou moins dans la partie moyenne supérieure ou inférieure du miroir de l'œil. Dans tous ces cas, il est donc préférable de se servir d'un couteau à cataracte simple de Beer pour pratiquer un lambeau supérieur ou inférieur aussi petit que possible, c'est-à-dire juste suffisant pour que la manœuvre de la pince ne soit nullement gênée. Le kératotome double de M. Jaeger me semble ici plutôt nuisible qu'avantageux, en ce qu'il tiraille davantage les lames de la cornée et déchire un peu brusquement la dernière petite bride du lambeau. Quant au kératotome double de M. Carron du Villards, je le crois tout à fait inapplicable ici, par la raison qu'il ne peut agir que lorsque déjà une ponction a été faite avec un autre instrument, ponction après laquelle l'humeur aqueuse s'écoule et l'iris vient se mettre en contact avec la cornée.

L'observation suivante montrera dans quelles circonstances le kératotome ordinaire mérite la préférence sur le couteau lancéolaire :

Obs. I. — *Cataracte traumatique capsulo-lenticulaire droite contenant à son centre un fragment de capsule à percussion que le malade croit sorti de l'œil. Avec la résorption commençante, cette capsule devient de plus en plus visible et libre au milieu de la surface antérieure du cristallin et de la cristalloïde, et finit par tomber dans la chambre antérieure. Sa présence entretient une ophthalmie qui ne cède qu'à l'extraction du corps étranger. Difficultés extrêmes de cette opération. Rétablissement complet de la vision sans aucune gêne pendant l'emploi simultané des deux yeux.*

M. T...., habitant le département de la Somme, âgé de 30 ans, d'une constitution robuste et sanguine, se présente chez moi, le 23 septembre 1841, pour une cataracte traumatique de l'œil droit, qui est le résultat d'une blessure produite à la chasse, le 12 septembre, par l'explosion d'une capsule fulminante. Il prétend que le corps étranger n'est pas resté dans l'œil. Cependant l'exploration de cet organe montre clairement qu'un morceau de ce corps a pénétré un peu au-dessus du centre de la cornée, en y laissant une cicatrice linéaire, et s'est fiché dans la substance de la cristalloïde antérieure et du cristallin, presque dans leur centre. La sclérotique et l'iris sont encore enflammés. Le cristallin est opaque, la cristalloïde antérieure ne l'est pas beaucoup et présente une déchirure autour du corps étranger. Je conseille de combattre l'inflammation et de n'extraire ce dernier, qui, selon l'opinion positive du malade, n'avait pas pénétré dans l'œil, que dans le cas où, le cristallin se résorbant et la fente de la capsule s'agrandissant, il deviendrait mobile et menacerait de se déplacer et d'irriter les parties internes. Voici la consultation que je remis alors; elle prouve que je conservais quelque espérance de voir tout se passer sans accident. Aujourd'hui, dans un pareil cas, je n'hésiterais point à conseiller immédiatement l'extraction du corps étranger par la ponction scléroticale.

« Cataracte traumatique. Iritis et sclérotite sub-aiguës de l'œil droit. De nombreux fragments sont tombés dans la chambre antérieure. On peut espérer la résorption spontanée. La perception lumineuse est conservée. — Se faire pratiquer une saignée de trois palettes. Le lendemain, appliquer 12 sangsues au-devant de l'oreille droite. Appliquer fréquemment de l'eau froide sur les yeux fermés, le front et les tempes, surtout pendant la durée des bains de pieds. Bains de pieds au sel et aux cendres tous les soirs. Faire une friction douce, 4 fois par jour, sur le front et la tempe droite, avec gros comme une noisette d'une pommade faite d'onguent napolitain et

extrait de belladone, de chaque 10 grammes (ʒijß); huile d'amandes douces, q. s.

« *Le* 3e *jour*, se purger avec 60 grammes (℥ij) de sulfate de soude fondu dans un verre d'eau.

« *Le* 4e *jour*, commencer à prendre matin et soir, dans un peu d'eau sucrée, un des paquets suivants : *Pr.* Calomel à la vapeur, 30 centig. (gr. vj); soufre doré d'antimoine, 10 centig. (gr. ij). Pour 6 paquets.

« Quand ces poudres seront achevées, se purger de nouveau. Régime doux. Repos complet des yeux. Porter devant l'œil malade une compresse de linge flottante.

« Quand le pot de pommade sera fini, se reposer trois jours avant d'en faire refaire la moitié. »

A la seconde consultation, le 1er décembre 1841, je formulai ainsi mon avis :

« Le morceau de capsule fulminante qui a frappé l'œil de M. T...., après avoir traversé la cornée et la cristalloïde antérieure, est allé se loger dans le cristallin, en proéminant beaucoup dans la chambre antérieure et en touchant presque à la cornée. Le cristallin et le feuillet antérieur de la cristalloïde devaient nécessairement devenir opaques dans une étendue plus ou moins considérable ou dans leur totalité. La résorption, sous de pareilles circonstances, a quelquefois lieu spontanément. Je ne pense pas que dans le cas de M. T.... cela soit probable. Cela n'est pas désirable non plus, parce que le corps étranger, d'une forme anguleuse et tranchante, après la résorption du cristallin, pourrait bien donner lieu à une inflammation violente des parties internes avec lesquelles il viendrait en contact. Son extraction alors serait impossible, parce que, tombé au fond de l'œil après la résorption du cristallin, il serait soustrait à la vue de l'observateur, à moins qu'il ne passât dans la chambre antérieure ou qu'il ne fût retenu en place par la capsule épaissie. Il est donc préférable de l'extraire et de morceler immédiatement après le cristallin et sa capsule, pour obtenir la résorption de la cataracte et le rétablissement de la vision. Peut-être pourra-t-on extraire en même temps une portion du cristallin et de sa capsule ; mais d'ordinaire cela n'est pas facile en pareil cas.

« Quant à l'époque de l'opération, je ne puis bien la fixer sans avoir vu de nouveau l'œil de M. T. Tant que le corps étranger est étroitement enchâssé et retenu par la capsule du cristallin, on peut attendre ; mais dès qu'il commencera à branler et à s'entourer d'une lacune dans la cataracte, ou que sa présence excitera une

nouvelle inflammation, il faudra se hâter de pratiquer l'opération. Si les circonstances le permettent, il sera bon de temporiser jusqu'à la bonne saison. En attendant, il convient d'instiller, une ou deux fois par semaine, une goutte de solution de belladone pour dilater passagèrement la pupille et prévenir la formation d'adhérences.

« Tout nouveau commencement d'ophthalmie devra être combattu sans retard et énergiquement. S'il n'y a aucun signe d'irritation, on pourra employer les moyens suivants pour éclaircir la petite cicatrice de la cornée et hâter la résorption. (Lorsque cette petite opacité sera devenue presque imperceptible, ou que les moyens indiqués irritent l'œil, on pourra l'abandonner à la nature.)— Faire chaque soir une friction douce sur le bord libre des paupières avec gros comme une tête d'épingle de la pommade suivante :

> ℞ Axonge récente, 2 grammes (ʒß);
> Précipité rouge, } āā 5 centig.;
> Sulfate de cadmium, } (gr. j.).
> M. exactement pour une pommade ophthalmique.

« Dans la journée, faire tomber entre les paupières, une à trois fois par jour, une goutte du collyre suivant, à l'aide d'un petit pinceau :

> ℞ Eau dist., 10 gram. (ʒijß);
> Sulfate de cadmium, 5 centigr. (gr. j);
> Laudan. de Sydenh., 6 gouttes.
> M. et filtrez. — Collyre.

« Si la pommade et le collyre sont bien supportés, on pourra en augmenter la force (1er décembre 1841). »

Le 3 mai 1842, le malade revient me voir. La cristalloïde antérieure est largement déchirée et forme plusieurs lambeaux fixés par leur circonférence et laissant entre leur centre une large lacune équivalant à une pupille d'un moyen diamètre, par laquelle le malade voit très-bien, comme après une opération de cataracte qui a parfaitement réussi. Le morceau de capsule se trouve dans la partie inférieure et un peu interne de la chambre antérieure. La conjonctive et la sclérotique sont fortement injectées dans le voisinage des trois quarts inférieurs de la cornée, surtout de son quart inférieur. Le malade étant décidé à se faire opérer, je fais appliquer quinze sangsues et employer un purgatif, des bains de pieds, des fomentations froides et des frictions mercurielles belladonées, continuées pendant trois jours, malgré son impatience. Je l'opère le 6 mai 1842. L'œil est extrêmement mobile et fuit continuellement en haut et en

dedans. J'aurais dû de prime abord ne pas me servir du couteau lancéolaire, ni placer l'ouverture de la cornée aussi près du bord de la sclérotique que dans l'opération de la pupille artificielle. Le malade ayant été couché, la nuit précédente, sur le côté gauche, le corps étranger avait remonté presque dans le milieu du côté interne de la chambre antérieure, tout près de la jonction de la cornée et de la sclérotique. Toutes ces circonstances rendirent l'extraction excessivement difficile. Il fallut dilater l'incision à trois différentes reprises avec le couteau à cataracte, la première dilatation n'agrandissant pas d'une manière régulière la plaie faite avec le couteau lancéolaire, parce que celle-ci avait été faite presque dans le bord de la sclérotique même. Le corps étranger, comme cela a lieu d'ordinaire quand il n'est pas adhérent, remontait toujours au-devant du crochet, de la spatule et de la pince. Celle-ci ne pouvait s'ouvrir convenablement, et ses mors restaient au-devant du corps étranger, sans pouvoir le saisir. Il me fallut y substituer une pince courbe, introduite du côté du nez, qui encore ne fit que pousser le morceau de cuivre devant elle, jusque vers le bord externe inférieur de la plaie, où je le saisis avec une pince droite et le retirai. Il était irrégulièrement quadrilatère, d'environ 3 mill. (1 ½ ligne) de haut et de 4 mill. (2 lignes) de large; je l'ai conservé dans ma collection. Rationnellement, on aurait dû essayer d'extraire en même temps les lambeaux de la cristalloïde antérieure opaque; mais le malade, craignant que cela ne compromît sa vue, très-bonne jusqu'alors, à part le trouble produit par l'inflammation, me priait de n'en rien faire : je me conformai à son désir. Il avait beaucoup souffert pendant l'opération. Je le fis coucher immédiatement, puis je fis appliquer des bandelettes agglutinatives et pratiquer des fomentations d'eau froide. Le même jour, quinze sangsues furent apposées, onze seulement de ces annélides ayant pris la dernière fois. Le lendemain, on en plaça encore douze, bien qu'il n'y eût ni douleur, ni gonflement des paupières. — Le 8, les frictions d'onguent napolitain belladoné furent ajoutées aux fomentations froides. — Le 10, à la levée de l'appareil, la cicatrisation de la plaie était à peu près complète, sauf une minime élévation semblable à un petit kératocèle, et probablement due à un léger soulèvement de la conjonctive scléroticale près du bord de la cornée. Il y avait encore de l'inflammation dans la partie inférieure de l'iris, dans la conjonctive et dans la sclérotique. (Encore quinze sangsues, un purgatif, des frictions d'onguent napolitain belladoné, et le calomel à petites doses.) — Le malade part le 11 mai, voyant parfaitement bien

de l'œil opéré. L'iris conserve encore une couleur un peu fauve dans sa partie inférieure, et il persiste un peu d'injection scléro-conjonctivale. La vue est bonne : les lambeaux de la capsule attachés à la marge iridienne ne se sont pas rapprochés, mais n'ont pas diminué d'étendue.

(*Prescription* : Ne pas travailler pendant 8 à 10 jours. Pendant le travail urgent, couvrir l'œil droit d'une compresse flottante. Deux fois par semaine, prendre un laxatif salin. Continuer encore les onctions mercurielles belladonées pendant quelque temps. Si au bout de quatre jours la rougeur de l'œil n'a pas disparu, faire poser 10 sangsues au-devant de l'oreille droite, et, quelques jours plus tard, appliquer un vésicatoire de Janin derrière l'oreille droite et le laisser en place jusqu'à sa chute spontanée. Le surlendemain de l'application de cet exutoire, commencer à instiller dans l'œil opéré du laudanum de Sydenham, d'abord affaibli avec beaucoup d'eau.)

Les symptômes inflammatoires se sont dissipés bientôt après le retour du malade chez lui, par l'emploi des moyens prescrits. Lorsqu'il revint me voir au bout d'un an environ, les cicatrices de la cornée, autant celle causée par le corps vulnérant que celle occasionnée par l'opération, étaient presque imperceptibles, et la vue parfaite. Le malade ne se servait point de lunettes, l'œil opéré ne gênant aucunement son congénère, ni pour le travail, ni pour la vision des objets distants.

Lorsque le corps étranger est placé à plat dans la chambre postérieure, parallèlement à l'iris et à une certaine distance de cette membrane, je crois que l'extraction scléroticale, pratiquée de la manière que j'ai imaginée et décrite dans la *Lancette française* (*Annales d'Oculistique,* 1er volume supplémentaire, p. 176) est le meilleur mode opératoire. En effet, une pince, introduite fermée par une ponction horizontale de la partie externe de la sclérotique, pénètre facilement vers le fragment métallique, s'ouvre sans obstacle, et le saisit promptement et solidement entre ses branches. Il en est tout autrement lorsqu'elle pénètre par la chambre antérieure : elle se développe difficilement et ne charge d'ordinaire l'objet qu'après de longues tentatives, après l'avoir plusieurs fois repoussé et déplacé, et non sans augmenter beaucoup l'irritation et le danger de la phlegmasie traumatique. Si, dans l'observation qu'on va lire, j'avais mis en usage l'extraction scléroticale pour saisir à la fois et de prime abord la capsule cristallinienne opaque et le corps étranger, j'aurais, je crois, obtenu un succès beaucoup plus prompt et infiniment plus facile.

OBS. II. — *Morceau triangulaire et volumineux de capsule fulminante implanté dans le cristallin, qui se résorbe en grande partie, et dans la cristalloïde antérieure. Ponction de la cornée avec le couteau lancéolaire; extraction extrêmement difficile du corps étranger, qui est d'abord repoussé par la pince dont les branches ne peuvent s'écarter suffisamment. Impossibilité d'enlever en entier la cristalloïde devenue opaque. Ophthalmie opiniâtre et menace d'oblitération de la pupille par une fausse membrane, combattues avec succès. Résorption des restants de la cataracte traumatique. Rétablissement complet de la vision.*

M. L. D., âgé de 23 ans, tailleur, est frappé à l'œil droit par l'explosion d'une capsule fulminante le 20 août 1839, et se présente le lendemain à ma clinique. Au milieu de la partie inférieure de la cornée, on aperçoit une cicatrice linéaire presque verticale, d'environ une ligne et demie de longueur. La conjonctive et la sclérotique sont modérément injectées; l'iris commence à se décolorer un peu; la pupille est étroite, mais encore régulière. Presque au milieu du cristallin, un peu en dehors et en haut, on distingue le sommet brillant d'un morceau triangulaire de capsule fulminante dont le corps et la base, fichés dans la lentille et son enveloppe, ne se voient qu'imparfaitement et partiellement. Le cristallin, un peu blanchâtre à sa surface, autour du corps étranger, est oblique de haut en bas et d'arrière en avant; de sorte que son bord inférieur, devenu antérieur, se présente un peu au-devant de la pupille qui est assez resserrée autour de lui. Par suite d'un travail de résorption commençante, on voit déjà un petit cercle noir entre son bord inférieur interne et la marge pupillaire correspondante. Craignant qu'après la résorption du cristallin, le corps étranger si aigu ne tombe au fond de l'œil et ne s'implante dans les membranes internes, je me propose de détruire l'inflammation au plus vite et de l'extraire. Je ne fais même pas dilater la pupille, dans laquelle le cristallin est presque emprisonné, de crainte qu'il ne tombe au fond de l'œil avec le corps étranger et ne rende impossible l'extraction de ce dernier. (Une saignée est pratiquée; mais à peine deux palettes de sang sont-elles tirées, qu'une syncope empêche de continuer. — Huit pilules de calomélas et de belladone, frictions d'onguent napolitain laudanisé et fomentations d'eau froide le premier jour.) — Le 25, l'ophthalmie a notablement diminué; mais l'injection, fort légère, augmente beaucoup pendant l'exploration de l'œil. La pupille se dilate dans l'obscurité et se contracte au jour. (On instille de la belladone pour faire

dessiner l'œil.)— Le lendemain, le cristallin a disparu. La cristalloïde est opaque et blanchâtre, à l'exception de la circonférence inférieure, qui est irrégulièrement échancrée, floconneuse et noirâtre, demi-transparente sur son bord. Plus du quart inférieur de la pupille est noir. L'œil malade est dessiné ce jour-là.

Le 29, après que la pupille a été dilatée par une solution de belladone, je pratique l'opération, en ponctionnant avec le couteau lancéolaire la cornée entre son bord extérieur et la pupille dilatée. J'ai trouvé que cette ponction, pratiquée dans le tiers moyen et externe de la cornée, était placée trop haut pour pouvoir facilement atteindre la pointe du corps étranger, qui se présentait à quelque distance du milieu du bord supérieur de la pupille. Une pince fine et courbée sur le plat, introduite dans la solution de continuité, ne put être assez ouverte pour saisir le corps étranger entre ses mors. Je fus forcé de me servir d'une pince droite; et encore je ne réussis qu'avec beaucoup de peine à charger le corps étranger, qui, vu la grande étroitesse de la ponction, résultant de ce que l'œil avait fui vers le grand angle et de ce que le couteau lancéolaire avait pénétré avec difficulté, est repoussé par l'instrument derrière la pupille, d'abord en haut et en dehors, puis directement en haut, et finalement en haut et en dedans. Enfin je l'extrais, mais avec peine, car il est presque aussi grand que l'ouverture pratiquée. Il est enveloppé des débris de la capsule cristallinienne et entraîne après lui un assez grand morceau de cette membrane, très-épais et blanc dans une de ses moitiés, transparent et mince dans l'autre. La pupille semble d'abord presque entièrement nette; mais il se présente bientôt sur le bord pupillaire externe une nouvelle portion de la capsule opaque qu'il est impossible de saisir avec des pinces ou avec le crochet, d'autant plus que la pupille se rétrécit vers la fin de l'opération. Une procidence de l'iris est réduite à l'aide d'une spatule mousse en argent. (Les paupières sont fermées à l'aide de bandelettes de taffetas gommé, et des fomentations froides sont ordonnées.)

Il est évident que tous les inconvénients qui viennent d'être signalés auraient pu être évités en pratiquant l'extraction scléroticale, laquelle alors m'inspirait encore trop de défiance dans un cas aussi extraordinaire. Pour réussir plus facilement, dans des circonstances semblables, par le procédé que je viens de décrire, il faudrait au moins fixer le globe à l'aide d'une pince à dents, comme dans la myotomie oculaire; car les difficultés naturelles de l'opération ont été augmentées beaucoup par la grande mobilité de l'œil

et par une syncope qui menaça le malade à plusieurs reprises.

Le 29, la photophobie et la sclérotite sont assez intenses. (Saignée de 2 palettes ; instillation d'une goutte de belladone ; nouvelle application de bandelettes. Le 31, plus de fomentations d'eau froide; frictions mercurielles belladonées.) Le 1er septembre, la pupille a à peu près deux lignes de diamètre et contient beaucoup de détritus capsulo-lenticulaires. Le 2, la pupille a les mêmes dimensions; mais j'aperçois une petite procidence de l'iris. Toute la pupille est remplie de fragments capsulo-lenticulaires. — Forte sclérotite qui persiste assez longtemps, malgré un traitement aussi énergique que la constitution faible et lymphatique du malade le permet, et malgré l'usage des mercuriaux, qui produisent même de la salivation. La photophobie persiste, et chaque exploration amène une forte injection de la conjonctive, lors même que la sclérotite a disparu. (Plusieurs vésicatoires de Janin sont appliqués, l'extrait de belladone est administré en frictions et à l'intérieur.) La photophobie diminue; mais l'œil reste très-sensible à l'exploration. La pupille se contracte jusqu'à un diamètre vertical d'une ligne et demie environ ; elle est un peu moins large transversalement, adhérente à son bord externe, et presque toujours remplie par la capsule blanchâtre au-devant de la moitié externe de laquelle une fausse membrane jaune, épaisse et floconneuse, fait saillie dans la chambre antérieure. Il n'y a qu'une petite fente noire sur le bord pupillaire interne. — Le 4 (des frictions d'extrait de belladone sur le front et la tempe, et des frictions stibiées à la nuque sont ordonnées), l'iris a une teinte un peu louche. Le malade sort de la clinique. L'excessive irritabilité de la rétine continue encore quelque temps.

Le 11 novembre, les changements suivants ont eu lieu : l'ouverture sur le bord pupillaire interne s'est agrandie notablement et occupe presque la moitié de la pupille; la fausse membrane et la capsule se sont beaucoup rétractées vers l'adhérence de l'iris à la cornée. La vue est fort bonne à l'œil nu ; à l'aide d'un verre à cataracte du n° 36, le malade lit très-couramment.

Le 3 janvier 1840, la pupille est nette dans toute son étendue. Il ne reste plus de la fausse membrane et de la capsule qu'un limbe fort étroit, d'une teinte jaunâtre, adhérant au bord pupillaire externe et presque entièrement caché derrière la cicatrice produite par la ponction de la cornée.

Il est vrai que dans les cas de cataracte produite par des capsules fulminantes, comme dans toute cataracte traumatique en général,

les seules forces de la nature suffisent quelquefois pour amener la résorption et le rétablissement complet de la vision. Aussi, lorsqu'il s'agit de cataractes traumatiques simples, avons-nous pour principe d'opérer le plus tard possible, et de nous borner, en attendant, à combattre les symptômes inflammatoires selon le degré de leur intensité. Mais ceci, selon nous, ne saurait trouver son application dans les opacités de l'appareil cristallinien compliquées de la présence d'un corps étranger, et surtout de corps aussi volumineux et aussi vulnérants que le sont le plus souvent les fragments de capsule. Si, la cataracte étant formée, l'agent qui l'a produite est encore libre dans la chambre antérieure, ou fixé dans l'iris, il entretiendra une inflammation plus ou moins violente, souvent destructive du globe oculaire ou de ses fonctions, toujours d'une durée très-longue, et très-rebelle aux traitements purement pharmaceutiques. Lorsque le morceau de capsule, au contraire, se trouve implanté dans le cristallin et dans sa capsule, sur un point quelconque de la pupille, de manière à être visible et proéminent dans cette ouverture par une portion assez grande pour être saisie avec l'instrument, alors, n'irritant aucune partie très-sensible de l'œil, il est longtemps supporté sans produire de phlegmasie, et le malade et les hommes de l'art le regardent comme très-inoffensif; mais cette trompeuse sécurité ne saurait durer. A mesure que la résorption marche, le morceau de métal devient mobile, et enfin tout à fait libre de ses attaches, à moins qu'il ne soit retenu dans la capsule devenue opaque, ou soudé à cette membrane par de la fibro-albumine exsudée. Il finit par glisser dans la chambre antérieure ou par y tomber tout d'un coup, et provoque, par son contact avec l'iris et la cornée, une phlogose plus ou moins violente et opiniâtre qui ne cède qu'à son extraction. J'avais prévu cette éventualité d'une manière purement théorique lorsque je fis la première opération de cette espèce (obs. Ire); on a vu par l'obs. II que ma prévision ne m'avait pas trompé. Dans d'autres cas, le corps étranger, après la résorption complète de la cataracte, pourrait s'abaisser spontanément et finir par se plonger au fond de l'œil. Là, en contact avec les membranes internes, après un séjour plus ou moins long, il pourrait y produire une phlegmasie chronique plus ou moins aigüe, accompagnée de souffrances intolérables, et qui certainement ne céderait qu'avec la fonte complète ou l'atrophie du globe.

Par toutes ces considérations, il convient de procéder sans retard à l'extraction du fragment de capsule, quand il présente une saillie

suffisante dans la chambre antérieure pour pouvoir être saisi, ou qu'il est placé de manière à être accessible par une ponction de la sclérotique. Dans le cas contraire, il vaut mieux attendre qu'il se soit formé autour de son sommet une lacune suffisamment large pour qu'on puisse le charger avec une pince anatomique fine et mousse, après l'avoir préalablement, au besoin, fait saillir davantage à l'aide d'une petite airigne mousse ou d'un stylet fin recourbé.

3° Quant à l'inégalité de la vision des deux yeux, bien que, sous le rapport des cataractes ordinaires, mon opinion n'ait été nullement ébranlée par les raisons alléguées par M. A. Bérard (*Ann. d'Oc.*, t. XI, p. 179), elle ne peut évidemment point être mise en ligne de compte lorsqu'il s'agit de l'imminence de dangers aussi graves. Cette inégalité n'existe pas toujours; si elle avait lieu, il faudrait y remédier par l'usage, pour l'œil opéré, d'un verre biconvexe approprié, ou même, au besoin, avoir recours à un verre opaque ou dépoli placé devant cet œil dans une monture de lunettes en X, de manière à pouvoir la retourner et se servir alternativement de l'un et de l'autre de ces organes. Dans le cas, d'ailleurs, où l'œil sain serait myope, ou plus faible que son congénère, ou affecté de taies, de faiblesse amblyopique ou congénitale, ou enfin d'une autre maladie légère, cette considération tomberait d'elle-même; car alors l'égalité entre les deux yeux se rétablirait plus ou moins complétement.

En résumé, nous pensons que le malade gagne toujours à se soumettre aux chances de l'opération de l'extraction du corps étranger quand celui-ci est fixé dans le cristallin ou sa capsule, et qu'il est visible. Ce ne seraient, selon nous, que des circonstances exceptionnelles, et qu'un praticien expérimenté peut seul apprécier, qui pourraient quelquefois le forcer à s'écarter de ces règles.

Dans ce mémoire, nous avons surtout restreint nos observations aux fragments de capsule. Maintenant, que ce soient des éclats de pierre, ou de toute autre substance dure, lancés avec une grande violence, l'action du corps étranger est également irritante, et son extraction offre les mêmes difficultés. Dans l'un et l'autre cas, la question de savoir s'il a pénétré dans l'intérieur de l'œil est souvent d'une solution beaucoup plus ardue qu'on ne le croirait. L'observation suivante fournira un cas de cette nature, où le diagnostic et l'opération sont entourés d'écueils.

Obs. III. — *Morceau de caillou lancé dans l'œil et placé pendant six semaines dans la chambre postérieure et dans la surface du cristallin. Epanchement puriforme dans les chambres de l'œil, au-*

tour du corps étranger, dont il fait contester l'existence jusqu'à ce que la résorption de l'épanchement vienne confirmer le diagnostic. Ophthalmie violente et rebelle, empêchant le malade de se servir du bon œil. Extraction du corps étranger, très-difficile, pratiquée avec un mauvais pronostic et uniquement dans le but de mettre le malade en état de travailler de l'œil non blessé. Ophthalmie traumatique violente, ne se dissipant qu'au bout de six semaines et après un traitement très-énergique. Opacité étendue de la cornée. Rétrécissement considérable de la pupille, et vue très-faible.

M. D..., terrassier, se présente à ma clinique, le 31 octobre 1844, pour un accident qui lui est arrivé le 23. Un morceau de pierre frappé avec un marteau de fer lui a blessé l'œil droit.

Au centre de la cornée, un peu vers le côté interne, on voit une plaie linéaire et verticale, presque entièrement cicatrisée, haute de près de 4 millimètres (deux lignes). En dedans de cette cicatrice, la cornée est trouble dans une assez grande étendue. Derrière cette partie trouble est placée une tache d'une teinte jaunâtre pâle, absolument semblable à celle d'un morceau de caillou. Cette tache représente un carré oblong placé horizontalement, long d'environ 5 millimètres (deux lignes et demi) et haut d'environ deux millimètres et demi (une ligne et un quart). Son extrémité externe est verticale et placée parallèlement à la cicatrice de la cornée et directement derrière celle-ci. Cette tache masque entièrement la partie interne la plus grande de la pupille, qui est transversalement ovalaire. Le tiers externe seulement de cette ouverture, placé sur le côté externe de la cicatrice, est libre, mais rempli par le cristallin déjà semi-opaque. Au-dessous de la tache jaunâtre que nous venons de décrire, et par conséquent derrière la partie inférieure interne de la cornée, il y a une autre tache plus foncée, d'une couleur de pus. Je déclare que la tache supérieure, qui paraît anguleuse, est un fragment de caillou qui, lancé sur l'œil, a pénétré par la cornée en faisant la plaie dont on voit la cicatrice et est allé se loger dans la chambre antérieure, dans une position telle que son plus petit diamètre est vertical et parallèle à la plaie. La tache jaunâtre plus foncée est du pus qui s'est fait jour entre les lèvres de la plaie; il est probablement mêlé à de la fibro-albumine sécrétée autour du corps étranger. Toutefois, la cornée étant très-trouble par suite de son inflammation, je ne nie point qu'il soit possible que le corps étranger et le liquide épanché se trouvent entre les lames de cette membrane. Je n'ose pas trancher cette question; mais je persiste à

déclarer positivement que la tache supérieure est un fragment de caillou, bien qu'une partie des médecins présents à ma clinique n'y voient qu'une collection purulente entre les lames de la cornée, et que le malade lui-même prétende que le corps vulnérant, formé par un éclat de fer du marteau, ne soit point entré dans l'œil.

La conjonctive, la sclérotique et la circonférence de la cornée étant fortement injectées, et les symptômes de l'ophthalmie externe étant en général très-violents, un traitement antiphlogistique énergique est mis en usage. (Saignée de 4 palettes, réitérée plusieurs fois; fomentations froides pendant deux jours, purgatifs, onctions mercurielles belladonées, calomel à dose altérante et opium, pédiluves, etc.) Je m'étais prononcé positivement en ce sens, qu'il ne fallait pas songer à extraire immédiatement le corps étranger, à cause de la violence de l'inflammation et de l'oblitération complète de la blessure. Quatre ou cinq jours plus tard, sous l'influence de ce traitement, la tache inférieure était résorbée, et l'on voyait beaucoup mieux que le corps étranger, placé derrière la cornée, occupait la pupille même, dans laquelle il était étroitement enchâssé et dont la marge semblait lui adhérer. Il ne restait qu'un très-petit nombre de dissidents sous le rapport du diagnostic. Après quelques jours de continuation du traitement antiphlogistique, le trouble de la cornée et le pus épanché ayant entièrement disparu, tout le monde se rangea à l'opinion que la tache supérieure était bien un morceau de caillou placé dans la pupille au-devant du cristallin, probablement en partie dans ce corps même dont le tiers externe devenait plus opaque. Le traitement antiphlogistique fut continué; la phlegmasie néanmoins ne diminuait que lentement et se réveillait de temps à autre plus fortement, évidemment sous l'influence de l'action irritante du corps étranger. L'extraction de ce dernier fut donc décidée, non pas dans l'espérance de rétablir la vision plus ou moins compromise par l'ophthalmie profonde et l'opacité centrale de la cornée, mais uniquement pour mettre un terme à l'inflammation qui empêchait le malade de se servir de son œil gauche et de se livrer au travail dont dépendait son existence. Je l'admis à ma clinique aussitôt que je pus disposer d'un lit.

Le 25 novembre.—L'opération, fixée pour le 26, dut être différée de nouveau, à cause d'une forte récrudescence de l'ophthalmie. (Nouvelle saignée, purgatif, continuation des autres moyens antiphlogistiques.)

L'opération fut pratiquée le 3 décembre, qu'un nouveau purgatif eut été administré la veille.

La question du lieu où devait être placée l'incision était extrêmement importante. Il était impossible de songer à rouvrir la cicatrice verticale. Avec le couteau lancéolaire, on ne pouvait faire une ouverture suffisante pour extraire un corps aussi volumineux. En se servant du couteau à cataracte, on risquait d'opacifier entièrement le centre de la cornée. En faisant une petite section avec ce dernier instrument sur le côté interne de la cornée, le nez aurait gêné l'introduction de la pince, de même que l'arcade sourciliaire, si on eût placé la section en haut : il ne restait qu'à la pratiquer à la partie externe inférieure de la cornée. Outre les adhérences de la marge pupillaire, sur lesquelles étaient placés des points brunâtres formés par du pigmentum de l'uvée, on voyait distinctement une petite bride fibro-albumineuse, d'un blanc-grisâtre, entre la cicatrice de la cornée et le bord externe inférieur du corps étranger. Je fis observer qu'à moins de détruire d'abord ces adhérences, il serait impossible de pénétrer dans la chambre antérieure et de charger le morceau de caillou. Une aiguille fine, introduite immédiatement après la section de la cornée, ne put arriver à la pupille qu'après avoir déchiré la petite bande adhérente à la cicatrice; ce qui n'était pas sans difficulté : après quoi elle fut poussée au-devant de la pupille et du corps étranger pour détacher les autres adhérences. Même après ces manœuvres préalables, il ne fut point encore facile d'introduire et d'ouvrir la pince; néanmoins le corps étranger fut chargé et extrait du premier coup par une traction un peu brusque. Un morceau mou du cristallin, environ du volume d'un petit pois, suivit immédiatement. L'œil fut fermé, et au bout de quelques minutes de repos, la face antérieure du cristallin fut morcelée à l'aide du kystitome, après qu'une procidence de la partie inférieure de l'iris eut été réduite avec la pince fermée. Une seconde petite portion du cristallin sortit spontanément, sans qu'aucune pression eût été exercée sur l'œil; elle fut suivie d'une portion de corps vitré liquide. Les lèvres de la plaie restèrent béantes, et l'écoulement de l'humeur vitrée continuait lorsqu'on rouvrait l'œil. M'apercevant que cet écartement des lèvres était produit par une nouvelle petite procidence de l'iris, j'essayai de la réduire; mais je n'y réussis point. Quand l'œil eut été fermé pendant quelque temps, elle se réduisit spontanément, et les lèvres de la plaie s'affrontèrent bien.

Lorsqu'on était sur le point d'appliquer les bandelettes, le malade,

que j'avais fait placer la tête très-basse, se leva tout d'un coup sur son séant pour cracher, et en même temps il ouvrit largement les yeux. A cette occasion, un autre malade, couché dans la même salle, me fit observer que l'opéré toussait assez fortement pendant la nuit; circonstance de nature à aggraver beaucoup le pronostic déjà fort fâcheux. Les lèvres de la plaie furent de nouveau affrontées ; on appliqua les bandelettes et on ordonna 18 gouttes de laudanum de Rousseau à prendre en trois fois, de deux en deux heures. Des fomentations froides et des onctions de belladone furent faites jusqu'au lendemain. Une saignée que j'avais voulu faire pratiquer immédiatement, à cause de l'injection de l'œil et de la douleur que le malade avait éprouvée pendant l'opération, fut remise au lendemain, parce que, comme cela arrive après la plupart des opérations pratiquées sur l'œil, un frisson était survenu. Le traitement antiphlogistique avait d'ailleurs été continué jusqu'au jour de l'opération, et la veille au soir le malade avait encore été purgé.

Le lendemain, la paupière supérieure présente un gonflement œdémateux. Le malade n'a pas beaucoup souffert. (Saignée de 4 palettes ; onguent napolitain belladoné.)

Le 5 décembre, le gonflement de la paupière ayant plutôt augmenté que diminué, je lève l'appareil. Il n'y a point d'écartement des lambeaux, mais une forte conjonctivo-kératite avec commencement de chémosis. La partie inférieure de la chambre antérieure est remplie d'une matière qui me paraît en partie rouge, en partie jaune-rougeâtre. Je ne fais qu'un examen très-rapide, et je réapplique immédiatement l'appareil. (Nouvelle saignée de 4 palettes. Calomel à dose altérante et opium. Continuer les onctions. Purgatif.)

Peu de temps après, on le saigne encore une fois. Le traitement antiphlogistique est continué avec beaucoup d'énergie et de persévérance. Lorsque les mercuriaux commencent à produire des prodromes de salivation, des vésicatoires de Janin sont promenés à la nuque et derrière les oreilles. L'épanchement rouge-jaunâtre est résorbé en partie ; en partie il devient blanchâtre. La cornée en même temps, toujours enflammée dans sa moitié inférieure, devient opaque dans le voisinage de la plaie. La pupille aussi se rétrécit de plus en plus, malgré l'emploi de l'extrait de belladone à l'intérieur, à l'extérieur et en instillations.

Le 20 janvier, jour de la sortie du malade, la partie inférieure externe de la pupille est seule ouverte dans l'étendue d'un millimètre environ, mais placée derrière une partie semi-opaque de la cornée.

Le malade ne voit que de très-gros objets. L'inflammation, depuis dix jours environ, est réduite à l'injection de quelques vaisseaux assez écartés les uns des autres et situés autour de la partie inférieure de la cornée. Aussi un collyre de borax, puis le laudanum affaibli, ont-ils été bien supportés. (Continuer le laudanum, d'abord affaibli, puis pur.) Le malade a demandé à sortir, parce qu'il a trouvé du travail et qu'il se sent en état de s'y livrer.

Si je rencontrais de nouveau un cas pareil, et que je visse le malade au moment même de l'accident ou peu de temps après, avant que l'ophthalmie traumatique fût encore développée, je n'hésiterais point à pratiquer immédiatement l'opération : j'ai la conviction qu'à cette époque on pourrait le faire avec un pronostic favorable.

De ce qu'un corps étranger introduit dans l'œil n'est plus visible, il ne s'ensuit pas qu'il n'a pas pénétré dans l'organe, ou qu'il n'y est pas resté. Le malade, comme on a pu le voir dans la dernière observation, est généralement trop prompt à admettre que l'agent vulnérant est sorti spontanément. Il faudrait donc bien se garder de se prononcer d'une manière trop catégorique. Souvent ses effets désastreux ne se manifestent qu'après un laps de temps extrêmement long : c'est un point de pratique d'un très-grand intérêt, que nous examinerons dans un second mémoire.

NOTE SUR LES RÉSULTATS D'UNE ABRASION DE LA CORNÉE, CONSTATÉS DEUX ANS APRÈS L'OPÉRATION, COMMUNIQUÉE A L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS, LE 5 MAI 1845;

Par le docteur MALGAIGNE.

Il y a aujourd'hui plus de deux ans que j'ai adressé à l'Académie des sciences (1) une première communication sur une opération insolite, destinée à fournir aux chirurgiens une dernière ressource contre les opacités de la cornée rebelles à tous les autres moyens. J'avais disséqué et enlevé à peu près la moitié de l'épaisseur de la cornée, immédiatement après l'opération, la malade avait aperçu distinctement les objets ; mais de toutes parts les objections étaient accumulées contre cette tentative nouvelle : la cornée ainsi redevenue transparente ne devait pas tarder à reprendre toute son opacité ; la cornée amincie devait se distendre en staphylôme ; la cornée taillée

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. IX, p. 95.

par le bistouri ne devait jamais reprendre son poli, et les rayons lumineux, brisés sur les inégalités de sa surface, ne traceraient sur la rétine qu'une image obscure et confuse ; et en supposant la transparence conservée, on n'aurait pas encore rendu aux malades la netteté de la vision.

Les résultats primitifs de l'opération firent évanouir quelques-unes de ces objections ; mais le temps seul pouvait décider de la valeur réelle des autres. Je viens aujourd'hui présenter à l'Académie une jeune fille qui a subi l'abrasion de la cornée le 20 mars 1843, il y a vingt-cinq mois et demi ; je la présente comme une réponse victorieuse à toutes les objections que je viens d'énumérer et comme un exemple d'un fait que je crois tout à fait nouveau en physiologie, savoir de la régénération au moins apparente de la cornée. Qu'il me soit permis de rappeler en peu de mots les principaux traits de cette observation.

Cette jeune fille a aujourd'hui dix-huit ans. Dès l'âge d'un an, elle avait été affectée de maux d'yeux si intenses, que dès l'âge de six ans la vue était extrêmement trouble ; de nouvelles attaques se succédèrent encore jusqu'à l'âge de treize ans, et lui laissèrent sur l'œil droit une taie opaque qui, pendant trois ans, ne fit aucun pas vers la guérison.

Pour l'enlever, je décrivis sur la cornée une incision circulaire de six millimètres environ de diamètre ; je disséquai le lambeau de manière à enlever plus de moitié de l'épaisseur de la cornée : l'opération avait été faite publiquement à l'amphithéâtre de l'hôpital des Cliniques, et le lambeau fut examiné à loisir, palpé entre les doigts, étalé sur une table, de manière à convaincre tout le monde qu'il ne renfermait rien que du tissu altéré de la cornée. Le cinquantième jour, la malade sortit de l'hôpital avec la cornée presque absolument transparente, et pouvant lire de cet œil le petit texte des cahiers de visite des hôpitaux. Alors un examen attentif faisait voir facilement le talus circulaire creusé sur la cornée, vestige que je croyais ineffaçable de l'incision et de la perte de substance que cette membrane avait subies. Malgré ce talus, la vision avait une netteté parfaite. Il y avait une autre circonstance intéressante à noter : pendant l'opération, la pointe de l'instrument ayant pénétré dans la chambre antérieure et touché l'iris, une très-petite saillie en pointe au côté externe de la circonférence de la pupille semblait attester une petite adhérence de l'iris avec la cornée.

Cependant, quatre mois après, le 5 septembre, l'opacité était re-

venue ; la pauvre enfant, obligée de travailler pour vivre de son état de lingère, s'était fatigué les yeux, et avait perdu tout le bénéfice de l'opération. Des applications résolutives rétablirent encore la transparence, et elle sortit en bon état le 23 octobre. Il y avait alors sept mois entiers écoulés depuis l'opération ; le talus circulaire et la saillie de l'iris existaient toujours, et ne paraissaient pas devoir jamais disparaître.

Mais cette récidive de l'opacité était une circonstance des plus graves. Pour en éviter une seconde, j'avais recommandé à la jeune fille de prendre un autre état qui lui permît de ménager ses yeux ; mais combien l'opération perdait de sa valeur, si elle devait ainsi entraîner la perte d'une profession péniblement acquise ! A ce prix, elle n'eût été presque d'aucun secours aux classes laborieuses, et elle aurait dû être réservée presque exclusivement aux riches.

Heureusement, ma malade n'obéit qu'en partie à mes recommandations. Dès sa sortie de l'hôpital, elle fut obligée d'aider sa mère à confectionner des pantalons ; deux mois après seulement, elle se mit en service durant quatre mois; après quoi, en mai 1844, elle se rendit en province, à Corbigny, chez une de ses tantes, où elle reprit son état de lingère (1). Cette fois, l'œil opéré a parfaitement supporté la fatigue ; bien plus, en janvier dernier, elle a eu une vive inflammation de cet œil qui a persisté deux mois et demi, et cependant la cornée n'a pas perdu de sa transparence. Revenue à Paris depuis quelque temps, elle va en journée chez une couturière et travaille à l'aiguille du matin au soir sans que l'œil en souffre. Ainsi, toute crainte de ce côté est dissipée, et l'opération ne gênera aucunement les malades dans l'exercice ultérieur de leur profession.

Mais l'examen de l'œil opéré nous révèle des particularités bien curieuses. D'abord, la saillie de l'iris a complétement disparu, et il faut bien admettre que, par l'effet du temps et des mouvements de l'iris, les adhérences de la cornée ont été absorbées et détruites. Ensuite, ce talus creusé par le bistouri, qui persistait encore au bout de sept mois, a entièrement disparu aujourd'hui ; la cornée est aussi lisse de ce côté que de l'autre, sauf une petite cicatrice creuse, située en haut et en dedans, qui n'existait que lors de l'opération, et qui me paraît être la suite d'un ulcère de la cornée qui a compliqué la dernière ophthalmie.

(1) C'est la jeune fille elle-même qui m'a affirmé ces détails, un peu différents de ceux que la mère m'avait donnés en mai 1844. Voir *Journal de Chirurgie*.

Y a-t-il là une régénération réelle de la cornée ? ou bien, au contraire, serait-ce le talus qui aurait été absorbé ; en sorte que, loin de regagner en épaisseur, la cornée se serait amincie à sa circonférence? La première opinion me paraît la plus probable : elle pourra d'ailleurs être vérifiée par l'expérimentation sur les animaux vivants.

En résumé, la cornée n'est point redevenue opaque, elle ne s'est pas distendue en staphylôme ; la vision est nette et permet les travaux à l'aiguille ; et pour donner enfin une idée plus exacte du résultat, malgré une faible teinte opaline de quelques points de la cornée, la jeune fille, après deux ans, lit encore sans difficulté le petit texte, comme elle le faisait à sa sortie de l'hôpital.

NOTE SUR L'OPÉRATION AUTOPLASTIQUE PROPOSÉE PAR LE DOCTEUR HOUSTON POUR LA CURE DE L'ECTROPION ;

Par le docteur Bastings, de Bruxelles.

Dans la séance de février 1845 de la Société chirurgicale d'Irlande, M. le docteur Houston a montré des dessins qui expliquent un nouveau mode d'autoplastie pour la cure de l'ectropion. Il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans, qui, à l'âge de six ans, avait eu la joue droite brûlée par un morceau de charbon lancé d'un foyer ardent. La cicatrice s'étendait verticalement du bord ciliaire de la paupière jusqu'au niveau de la partie inférieure du nez. A son sommet, elle comprenait les deux tiers internes de la paupière inférieure ; elle était un peu moins large à son extrémité inférieure. Elle avait un aspect blanc et argenté ; elle était mince et adhérente aux parties sous-jacentes, à cause de l'absence du tissu cellulaire. La paupière inférieure était renversée et entraînée en bas, immobile, en forme de cuillière, de manière qu'une grande partie de sa surface muqueuse était exposée à l'air. On reconnaissait que le point lacrymal était ouvert ; mais sa mauvaise situation l'empêchait d'absorber les larmes et de les conduire dans le nez. Les parties de cette région étaient par conséquent excoriées par l'écoulement des larmes sur la joue. Tous ces inconvénients s'aggravaient au contact d'un air froid ou d'un vent fort.

Voici l'opération que M. le docteur Houston pratiqua afin de remédier à cette lésion : Il fit deux incisions verticales dans la peau, une de chaque côté de la cicatrice, commençant en haut près du bord du cartilage, et se terminant en bas par un angle aigu sur la joue,

en face des ailes du nez. Il fit alors la dissection du lambeau triangulaire jusqu'à son attache au bord ciliaire du car tilage, et il la prolongea sous le cartilage même, afin de le détacher de son adhérence avec la joue. Par cette opération, la paupière se trouvait libre et pouvait être remise en place : la membrane muqueuse était en contact avec le globe oculaire,et la surface qui avant constituait le dessus de la joue était maintenant retournée et recouverte par le lambeau de la cicatrice. Ainsi se trouva construite avec les tissus primitifs, quoique altérés, comme cela se comprend facilement, une paupière parfaite, ayant une membrane muqueuse en dedans et de la peau en dehors, capable de monter et de descendre sur l'œil, et permettant au point lacrymal de se placer en rapport avec celui de la paupière supérieure. Il s'agissait ensuite de combler l'espace de la joue resté ouvert par le déplacement du lambeau, espace auquel la rétraction des bords de la plaie semblait donner le double de son étendue. A cet effet, le docteur Houston disséqua les bords de cette même plaie de manière à pouvoir obtenir leur rapprochement vertical, qu'il maintint à l'aide d'une épingle fine fixée vers l'angle supérieur et d'un simple point de suture placé à la partie inférieure, afin d'arriver ainsi à une réunion par première intention. Les parties ainsi juxtaposées offraient un aspect satisfaisant et exempt de difformité : elles furent en outre maintenues dans cette position au moyen d'un emplâtre adhésif et d'un bandage. Le repos parfait fut ordonné.

On enleva les bandelettes après 36 heures, sans toutefois toucher à l'épingle ni au point de suture. La plaie paraissait parfaitement sèche, et les lèvres se trouvaient en contact. Il n'y avait que très-peu d'œdème sans aucune douleur. Le renversement avait entièrement disparu, et le bord libre de la paupière inférieure était droit et sur la même ligne que celui de la supérieure. On enleva l'épingle et la suture après 48 heures, la réunion paraissant complète. La malade n'éprouvait aucune gêne. Mais trop contente peut-être de voir bientôt son visage moins disgracieux, il arriva que, en riant et en causant avec ses amies, elle se livra à des mouvements qui firent que les parties voisines de la plaie ne restèrent pas assez longtemps dans un repos absolu ; or, comme la réunion n'était pas encore assez affermie, il en survint une légère inflammation. Au bout de 72 heures, les points de suture sécrétaient du pus, et les lèvres de la plaie n'étaient plus jointes. Cette séparation ne présenta aucune gravité, et les lambeaux, que l'inflammation adhésive antérieure avait convenablement réunis, n'éprouvèrent aucune altération dans

leur adhérence. On appliqua pendant une nuit un cataplasme de pain et d'eau ; le mal disparut, et bientôt des bourgeons charnus annoncèrent la guérison et amenèrent le résultat le plus favorable. L'extrémité de la paupière avait cessé d'être rouge à l'extérieur; les larmes ne coulaient plus sur la joue, et bien que l'on remarquât encore une trace légère et linéaire due à la cicatrisation par granulation (ce qui n'aurait pas eu lieu sans l'inflammation secondaire), il ne restait pourtant presque aucune difformité, comme l'indique la planche. On pourrait croire que la peau de la cicatrice, relevée contre le cartilage de la paupière inférieure, aurait dû y produire une saillie volumineuse ; mais il n'en a rien été, car on n'avait employé, pour la transplantation, qu'une couche mince qui avait disparu en grande partie pendant et après la guérison des parties. Le docteur Houston dit qu'il lui paraît inutile d'énumérer les autres méthodes d'opérer l'ectropion, pour démontrer la différence qu'elles offrent avec celle qu'il vient d'employer : elle est patente pour tout le monde. Ici, aucune partie n'a été enlevée; la peau de la cicatrice a été transplantée de manière à former le tégument externe de la paupière qui la soutient contre l'œil; la peau de la joue, empruntée aux côtés, a été appliquée de telle sorte que non-seulement elle couvre la partie dénudée par la cicatrice, mais que, bien plus encore, elle l'empêche de descendre et de contribuer par là à produire une seconde fois l'ectropion.

OPHTHALMIE DE L'ARMÉE.

M. Zoude a donné lecture du rapport suivant dans la séance du 16 avril de la chambre des Représentants :

« Messieurs, vous avez demandé un prompt rapport sur plusieurs pétitions d'ophthalmistes; votre commission m'a chargé de vous le présenter.

« Diverses pétitions nous sont adressées par des militaires qui, renvoyés pour cause d'ophthalmie, ont communiqué cette maladie à leurs parents, chez lesquels elle s'est développée avec une telle violence que des familles entières sont frappées d'une cécité complète. Cependant, malgré les demandes les plus pressantes, ils n'ont pu obtenir jusqu'ici aucun secours pour eux ni pour leurs parents.

« Ces faits sont consignés dans les pièces suivantes : d'abord, dans une adresse de l'administration communale de Lombise (Hainaut), qui atteste que par suite du renvoi dans ses foyers, en 1833, pour cause d'ophthalmie, la famille du milicien Étienne, qui jusque-là avait joui de la meilleure santé, a été atteinte bientôt du mal d'yeux avec une telle intensité, que sa mère, âgée de 77 ans, en a perdu un œil, et que son frère, âgé de 34 ans, est devenu complétement aveugle.

« Le conseil communal de Fontaine-l'Évêque expose que le milicien Hubart, renvoyé dans ses foyers pour la même cause, a communiqué l'ophthalmie purulente à sa famille, où elle a exercé les plus grands ravages. En effet, son père, sa mère et ses sœurs ont perdu entièrement l'organe de la vue.

« Un milicien, Dindal, de Mons, renvoyé pour un commencement de cette maladie, est aussi devenu entièrement aveugle.

« Eh bien! Messieurs, non-seulement ces malheureux ont adressé des suppliques pour obtenir des secours, mais les autorités de leurs communes, la députation provinciale du Hainaut et le gouvernement lui-même les ont sollicités avec les plus vives instances; leurs démarches sont restées sans effet.

« Ce n'est pas que l'obligation d'acquitter cette dette sacrée soit méconnue par le ministère de la guerre, ni par celui de la justice: tous deux sont d'accord sur la légitimité des réclamations; mais une lacune paraît exister dans la loi, de manière que l'obligation de ces secours n'incombe à aucun d'eux.

« Celui de la guerre ne trouve dans la loi des pensions militaires aucune disposition qui soit applicable aux pétitionnaires: dès lors, dans le silence de la loi, il estime que la disposition à intervenir, constituant un acte de bienfaisance, doit ressortir au département de la justice; mais celui-ci à son tour paraît décliner toute compétence.

« Entre temps, l'humanité souffre, et il est de nos soldats et de leurs parents, privés de la vue, qui sont réduits, depuis un assez grand nombre d'années, à vivre du pain de l'aumône; et, nous ne pouvons le taire, en tendant la main, ils accusent le gouvernement d'ingratitude et de barbarie.

« Un état de choses aussi douloureux doit avoir son terme, et s'il est bien vrai qu'il y a une lacune dans la loi, il est plus que temps de la combler. A cet effet, votre commission a l'honneur de vous proposer d'engager les deux ministres à se réunir pour vous présenter un projet de loi qui les mette en position de satisfaire à des dettes trop longtemps différées.

« Si cette conclusion n'est pas conforme aux usages de la chambre, votre commission, alors, vous propose le double renvoi avec demande d'explication. »

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité.

Dans la même séance a été présentée une pétition d'un nommé Hardy, ancien militaire, devenu aveugle dans ses foyers à la suite d'une ophthalmie contractée au service, et à qui une pension n'a également pu être accordée. Sur la proposition de M. Zoude, la chambre a adopté pour cette pétition le même renvoi que pour celles dont il est fait mention dans le rapport ci-dessus.

Nous avons reproduit *in extenso* le rapport de M. Zoude, tel qu'il a été imprimé dans le *Moniteur* du 17 avril (*Annales parlementaires*, 1844-45, p. 1365, 2e colonne), parce que les diverses analyses qui en ont été données par les journaux sont incomplètes, et que l'on

en a pris texte pour incriminer le service de santé de l'armée et l'administration de la guerre. La lecture du document complet prouvera à nos lecteurs combien ces accusations sont injustes. — Nous avons été à même d'apprécier un grand nombre de fois, d'une part, ce qu'il y a le plus ordinairement de mal fondé ou d'exagéré dans les réclamations qui parviennent à l'administration, et, d'autre part, l'empressement du département de la guerre, et en particulier du chef de service de santé, à faire rendre justice à ceux qui ont de véritables droits à des pensions provisoires ou définitives. Mais il est des limites posées par la loi, et il n'appartient à personne de les franchir; il faut que la législature intervienne. Nous dirons toutefois que nous avons vu, à diverses reprises, l'administration venir au secours de soldats congédiés qui avaient perdu la vue ou contracté des lésions oculaires graves par suite de récrudescences de l'ophthalmie dont ils avaient été atteints pendant qu'ils étaient sous les drapeaux, — *et dont ils ne portaient certainement plus de traces au moment où ils étaient rentrés dans leurs foyer*. M. Stiévenart connaît plus d'un fait de cette nature; comme nous, il pourrait signaler plusieurs familles dans lesquelles des miliciens congédiés ont importé l'ophthalmie, et dont des membres, devenus aveugles, ont reçu et reçoivent encore des secours.

Nous ne voulons pas nous constituer les défenseurs quand même de l'administration, qui a de bien grandes fautes à se reprocher; mais il est de notre devoir de protester contre des accusations que nous savons injustes, et de contribuer, autant qu'il est en nous, à empêcher la propagation d'erreurs que nous avons nous-mêmes partagées, et qui tendent à inculper le service de santé militaire, qui a tant de droits à la reconnaissance du pays et de l'humanité, et à qui la science ophthalmologique a de si grandes obligations.

C'est ici le lieu de dire un mot d'accusations aussi absurdes que calomnieuses qui ont été portées, il y a quelque temps, contre nos confrères de l'armée, dans un rapport à M. le ministre de la justice. Nous espérons être prochainement autorisés à publier ce document, que le hasard a mis entre nos mains. Avec la morgue prétentieuse et la suffisance vaniteuse qu'on lui connaît, l'auteur de ce rapport s'est posé en accusateur d'hommes dont les sentiments d'honneur et de probité sont connus de tous, et leur impute des actions empreintes de déloyauté et de fausseté. M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée et M. le docteur Hairion, chargé du service de l'Institut ophthalmique érigé à l'hôpital militaire

de Louvain, se sont montrés justement indignés de cette attaque; leur réfutation des assertions de M. Van Roosbroeck met parfaitement en relief que ce *maître ès-art ophthalmiatrique* (titre ridicule dont il s'affuble) n'est pas le moins du monde à la hauteur de la question de l'ophthalmie militaire, au double point de vue administratif et scientifique. MM. Vleminckx et Hairion, il faut les en louer, ont fait tomber le masque dont se couvre M. Van Roosbroeck, qui a ébloui l'autorité au point de lui faire poser, au profit de cet oculiste, des actes d'une impardonnable légèreté et portant atteinte au caractère et à la considération d'hommes éminemment instruits, connus du monde scientifique par des travaux utiles et des malheureux par des services rendus sans ostentation et sans bruit.

En attendant que nous revenions sur ce sujet, qui intéresse au plus haut point un grand nombre de médecins et de chirurgiens placés à la tête du service des hôpitaux du pays ou du service d'instituts de charité, nous transcrivons ici le rapport si digne et si convenable de notre collaborateur, M. le professeur Hairion.

Lettre de M. HAIRION *à M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée, en réfutation des accusations de* M. VAN ROOSBROECK.

Louvain, le 6 janvier 1845.

J'ai pris connaissance, non sans éprouver un profond sentiment d'indignation, de l'extrait du rapport adressé par M. le docteur Van Roosbroeck à M. le ministre de la justice, et que vous avez bien voulu me communiquer. — Permettez-moi de vous exposer quelques réflexions au sujet des accusations qui y sont dirigées contre le service de santé, et le gouvernement lui-même, avec tant d'amertume et de passion.

I. L'auteur du mémoire dit « *que la mesure qui défend aux médecins militaires de renvoyer dans leurs foyers des ophthalmiques avant qu'ils soient entièrement guéris n'est pas généralement observée.* » — Pour avancer une accusation aussi grave, M. Van Roosbroeck a dû sans doute rencontrer des militaires, congédiés ou en permission, atteints d'ophthalmie granuleuse et contagieuse; mais s'est-il assuré qu'ils étaient porteurs de ces lésions au moment où ils ont quitté le régiment ? S'il ne l'a pas fait, son accusation est sans fondement et par conséquent sans valeur. En effet, M. Van Roosbroeck ne doit pas ignorer que cette ophthalmie est une des affections oculaires les plus susceptibles de récidiver, et que des faits semblables au suivant se reproduisent souvent : Un militaire a été traité pour des granulations, les conjonctives palpébrales ont repris leur aspect normal, au moins en apparence ; rien n'indique qu'elles portent en elles le germe de la maladie : cependant le malade éprouve un refroidissement, commet quelque excès, reçoit un corps

étranger dans les yeux, et quelques heures après, les conjonctives s'enflamment et se recouvrent de granulations. Il est certain que si les conjonctives n'eussent point contenu le germe de cette maladie, il aurait pu se développer une inflammation de la conjonctive ou de toute autre partie de l'œil, mais jamais des granulations.

Voici un fait dont nous avons été récemment témoin :

Le nommé Debakker (J.-B.) est proposé pour la réforme avec gratification par la commission des pensions. Il a perdu l'œil gauche : la vue est intacte à droite, et les conjonctives palpébrales ont repris leur aspect normal. De retour dans ses foyers, il contracte un refroidissement, et les conjonctives s'enflamment. Sur sa réclamation, il est envoyé à l'Institut, et à son entrée dans l'établissement, nous constatons une conjonctivite granuleuse avec suppuration abondante et commencement de kératite vasculaire.

Il peut encore se faire qu'un militaire qui a contracté l'ophthalmie granuleuse soit renvoyé dans ses foyers dans un état de guérison parfaite, et y contracte quelque temps après, par une nouvelle infection, une ophthalmie granuleuse qui n'a de commun avec celle dont il a été atteint, étant au corps, qu'une parfaite identité dans les symptômes, cette maladie étant très-commune aujourd'hui dans les populations, au dire même de M. Van Roosbroeck. — Il résulte de ces faits :

1° Que les conjonctives palpébrales, saines en apparence, peuvent cependant recéler le germe de l'ophthalmie granuleuse;

2° Que des hommes, dans cet état, peuvent être renvoyés dans leurs foyers et y contracter une récrudescence de la maladie, sans que l'on puisse accuser les médecins militaires de négligence ou d'infraction aux instructions;

3° Que des militaires renvoyés dans leurs foyers dans un état de guérison parfaite, peuvent, quelque temps après, subir l'influence d'une nouvelle infection, contracter une ophthalmie granuleuse identique à celle dont ils ont été atteints étant soldats, mais au développement de laquelle cette dernière a pu être tout à fait étrangère;

4° Enfin, que l'accusation de M. Van Roosbroeck ne saurait avoir ni fondement ni valeur, s'il n'a pas constaté que les militaires qu'il a pu trouver atteints de granulations dans leurs foyers présentaient des lésions lorsqu'ils ont quitté le corps.

II. « *Il arrive quelquefois dans l'armée*, dit M. Van Roosbroeck, *lorsqu'un malade militaire, atteint d'ophthalmie à un œil, reste pendant plusieurs mois dans les hôpitaux sans se guérir, qu'on l'envoie en permission pour quelques mois. Lorsque le temps de sa permission est expiré, on le rappelle au régiment : si le mal persiste encore, on cherche à s'en débarrasser en lui donnant un congé de réforme, quelquefois avec gratification, d'autres fois sans aucun secours. — On réduit ainsi le chiffre officiel des accidents produits par l'ophthalmie dans l'armée.* »

La conduite que M. Van Roosbroeck prête si gratuitement aux médecins des hôpitaux, dans l'intention, dit-il, de se débarrasser des ophthalmiques et d'en diminuer le chiffre officiel, est absurde, invraisemblable; je dirai plus, impraticable : *absurde*, en ce que cette manière de faire tend plutôt à augmenter le chiffre des ophthalmiques et à créer des embarras de toute espèce aux médecins; *irraisonnable*, parce que ces derniers, en envoyant les ophthalmiques dont il est ici question à l'Institut de Louvain, conformément aux in-

structions ministérielles, atteindraient plus sûrement le double but que leur suppose M. Van Roosbroeck, sans encourir les inconvénients d'une infraction aux réglements; *impraticable*, parce qu'elle est contraire à toutes les instructions, et à cause surtout des nombreuses formalités à remplir pour obtenir la réforme d'un militaire pour cause d'ophthalmie, formalités que M. Van Roosbroeck semble ignorer complétement.

III. « *Si le malade* (qui a perdu un œil), ajoute encore M. Van Roosbroeck, *renvoyé chez lui avec un congé de réforme, devient aveugle plus tard, et qu'il réclame une pension, on lui fait observer qu'il a déjà reçu une gratification, ou qu'il n'y a pas lieu de lui accorder une pension, attendu qu'il n'est pas devenu aveugle pendant qu'il était dans les rangs militaires.* » — Je ne sais à qui M. Van Roosbroeck a voulu adresser ces paroles. Est-ce au ministère ? Est-ce à la commission des pensions ?— Si c'est au ministère, celui-ci pourra juger, par les accusations dont il est l'objet, de la valeur de celles qui sont adressées avec tant d'aigreur au corps entier des officiers de santé. Si c'est à la commission des pensions qu'il prête ce langage, je n'hésite pas pour mon compte, ayant fait partie de cette commission depuis son installation (1839), à déclarer un tel langage contraire à l'esprit de justice, à la dignité et aux bonnes intentions qui ont présidé à tous les actes qui sont émanés d'elle.

Au surplus, que M. Van Roosbroeck s'adresse ou au ministère ou à la commission des pensions, voici des faits qui répondront victorieusement à ses insinuations malveillantes. Le tableau suivant présente le nombre des militaires réformés qui ont été renvoyés de l'Institut depuis son établissement (novembre 1839) jusqu'au 1er janvier 1845, ainsi que les décisions qui ont été prises à leur égard.

ANNÉES.	NOMBRE DES MILITAIRES QUI ONT ÉTÉ ENVOYÉS A L'HÔPITAL MILITAIRE DE LOUVAIN.	DÉCISIONS PRISES.		
		PROPOSÉS POUR LA PENSION.	JUGÉS EN ÉTAT DE POURVOIR A LEUR SUBSISTANCE PAR LE TRAVAIL.	RESTANT A L'INSTITUT.
1840	7	3	4	»
1841	36	17	19	»
1842	29	23	6	»
1843	18	13	5	»
1844	46	28	9	9
	136	84	43	9
		136		

Le médecin de bataillon, etc.,
F. Hairion.

DU DANGER DE L'EMPLOI DE CERTAINS COLLYRES MAL FORMULÉS, OU MAL PRÉPARÉS.

LETTRE DE M. SICHEL.

Mon cher confrère,

Depuis longtemps j'ai cessé d'ajouter du laudanum aux collyres saturnins, sachant par expérience que ce mélange ne peut se faire sans décomposition. Quant aux collyres contenant des sulfates, j'en ai également banni le laudanum depuis quelque temps; mais je ne sais si c'est antérieurement ou postérieurement à votre note qui, des *Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 264, a passé dans presque tous les journaux de médecine et de pharmacie. M. Boyer, pharmacien, m'ayant fait observer que, sous le rapport de cette dernière classe de sels, cette précaution était inutile, je l'ai prié de consigner ses expériences dans une note détaillée. C'est cette note que je m'empresse de vous transmettre, dans l'espérance que vous et vos lecteurs m'en saurez gré.

Recevez, etc.

SICHEL, D. M.

OBSERVATION SUR UNE NOTE DE M. FLORENT CUNIER, AYANT POUR TITRE : DU DANGER DU L'EMPLOI DE CERTAINS COLLYRES DANS LES ULCÉRATIONS DE LA CORNÉE ;

Par M. BOYER, pharmacien à Paris.

Dans cette note, M. Florent Cunier cherche à démontrer le fâcheux résultat qu'entraîne, dans la pratique médicale, l'habitude de joindre toujours le laudanum aux sels métalliques de plomb, d'argent, de zinc, de cuivre, de cadmium, de pierre divine, etc., etc....; association dans laquelle, dit-il, il y a formation d'un précipité qui se dépose au bout d'un temps plus ou moins long, et qui, par l'agitation, au moment de l'emploi, se suspend dans le collyre et vient par conséquent au contact de l'œil. Ce précipité, qui, suivant M. Florent Cunier, est un méconate insoluble, se fixe dans cette membrane et donne lieu à des nuages et à de prétendus albugos qui résistent à tous les traitements ordinaires et exigent presque toujours l'abrasion.

Pour répondre convenablement à cette observation, il serait bon de savoir comment se comportent, pour la plupart, les sels métalliques en solution dans l'eau distillée. D'après des expériences toutes pratiques auxquelles s'est livré M. Boyer, il pense que M. Florent

Cunier généralise trop la question, et il croit bien faire en soumettant au jugement de ses confrères les résultats qu'il a obtenus, en les engageant toutefois à réitérer ses propres expériences, afin de résoudre définitivement la question et d'empêcher une telle erreur de se propager. C'est une occasion pour lui de montrer que les pharmaciens ne sont pas dépourvus des connaissances nécessaires à l'exercice de leurs fonctions, reproche de Weller, répété par M. Cunier, et reproduit par le *Répertoire de Pharmacie*, N° de juillet 1844 (1).

Le sulfate de cadmium, employé comme collyre à la dose d'un centigramme de sel par gramme d'eau distillée, offre, au bout de quelques jours, un petit précipité. La même chose n'a pas lieu par l'addition d'une goutte de laudanum par gramme de cette solution, car alors il n'y a pas de précipité, surtout si cette solution a été filtrée avant l'addition du laudanum.

Le sulfate de cuivre est absolument dans le même cas.

La solution de la pierre divine dans de l'eau distillée parfaitement claire donne un liquide opale qui précipite, même étant filtré, au bout de quelques heures. Additionnée d'une goutte de laudanum liquide par gramme, cette même solution offre un collyre parfaitement clair et exempt de précipité.

Le sulfate de zinc en solution dans les mêmes proportions laisse déposer des flocons blanchâtres qui, au bout de quelques jours, deviennent rougeâtres ; ce qui dénoterait un sel de fer. Ce précipité, agité dans la solution, s'y divise et disparaît entièrement par l'addition d'une goutte de laudanum liquide par gramme de la liqueur.

Quant aux collyres saturnins et aux collyres de nitrate d'argent, M. Boyer pense, comme M. Florent Cunier, que le laudanum doit être retranché de ces deux substances ; car, dans ces solutions, quelque bien filtrées qu'elles soient, l'addition du laudanum forme instantanément un fort précipité qui se dépose et se divise mal par l'agitation.

M. Boyer a examiné la nature de ces précipités, et il s'est assuré qu'ils étaient dus à la formation d'un méconate insoluble, et que ces sels étaient alors précipités presque en totalité de leur solution ; ce qui expliquerait jusqu'à un certain point l'erreur où serait tombé

(1) Si M. Boyer avait consulté notre mémoire, au lieu de recourir à l'analyse qui en a été donnée dans le *Répertoire de Pharmacie*, il ne nous prêterait pas gratuitement une accusation que nous n'avons jamais eu la pensée de formuler. F. C.

M. Cunier, qui aura probablement pensé que l'action du laudanum sur les sels de zinc, de cuivre, etc., etc., était la même que celle *produite sur les sels* de *plomb* et *d'argent.*

NOTE DE M. CUNIER.

Nous avons accueilli avec reconnaissance les observations de M. Boyer. Mais avant de les publier, nous avons cru utile d'instituer, de concert avec notre estimable ami, M. Pasquier, professeur de pharmacologie à l'Université de Bruxelles, des expériences qui devaient nous en démontrer le fondement, ou confirmer nos assertions.

A cet effet, nous avons fait préparer les quatre collyres suivants, à la suite de l'usage desquels des incrustations dans la cornée avaient été observées par nous :

1° ℞ Sulfatis cadmii. . . . . gr. viij ;
Aquae distillatae. . . . . ℥iij ;
Laudani Sydenhamii. . . . . . . ℈j.
M.

2° ℞ Sulfatis cupri. . . . . gr. x ;
Aquae distillatae. . . . . ℥iv ;
Laudani Sydenhamii. . . . . . . ʒj.
M.

3° ℞ Lapid. divin. . . . . gr. xviij ;
Aquae distillatae. . . . . ℥iv ;
Laudani Sydenhamii. . . . . . . ʒj.
M.

4° ℞ Sulfatis zinci. . . . . gr. xij ;
Aquae distillatae. . . . . ℥iij ;
Laudani Sydenhamii. . . . . . . ℈ij.
M.

Nous croyons inutile de dire que nous nous étions préalablement assurés de la pureté des substances employées : M. Boyer nous paraît avoir négligé cette précaution. Ainsi, il a noté la présence du fer dans sa solution de sulfate de zinc, et ses solutions cadmique, zincique, cuivrique, ont offert des précipités ; ce qui lui fait recommander de les filtrer.

Dans les quatre collyres, il s'est formé, au bout de quelques heures, des précipités presque également abondants. Après 24 heures, ces précipités ont été séparés à l'aide de filtres et lavés soigneusement à l'eau distillée. Ils ont ensuite été traités séparément et convenablement par l'acide nitrique pur ; après avoir chassé l'excès

d'acide par la chaleur, ils ont été repris avec soin par l'eau pure. Traités alors par des réactifs, nous avons obtenu les résultats suivants :

1° Pour les collyres avec le sulfate de cuivre et avec la pierre divine :

L'ammoniaque liquide a précipité en beau bleu. Ce précipité s'est redissous dans un excès de cet alcali.

Le cyanure ferroso-potassique a précipité en brun-marron ; l'acide sulfhydrique et le sulfhydrate d'ammoniaque ont précipité en noir.

La lame de fer décapée a précipité du cuivre métallique.

2° Pour le collyre avec le sulfate de cadmium :

Un précipité jaune par l'addition de l'acide sulfhydrique et du sulfhydrate d'ammoniaque ;

Un précipité blanc par les alcalis et le cyanure ferroso-potassique.

3° Pour le collyre avec le sulfate de zinc :

Un précipité blanc par l'hydrogène sulfuré et le cyanure ferroso-potassique.

La potasse et l'ammoniaque ont également précipité en blanc ; mais le précipité s'est redissous dans un excès d'alcali.

Il ressort de ces expériences :

1° Que le laudanum joint aux collyres avec les sulfates, aux doses auxquelles on l'y associe ordinairement, donne naissance à des précipités dans lesquels on reconnaît les métaux auxquels appartiennent les sulfates employés ;

2° Que si M. Boyer n'a point observé ces précipités, c'est qu'il a agi sur des quantités trop minimes.

Sans contredit, le précipité formé par l'addition du laudanum aux collyres avec les sulfates de zinc, de cuivre, de cadmium, est moins abondant que dans les collyres avec l'acétate de plomb ou le nitrate d'argent. Nous n'avons jamais eu la pensée d'avancer le contraire. Ce serait, en effet, émettre une assertion contraire à l'observation et aux lois chimiques. Mais dans la quantité où il se produit, ce précipité est suffisant pour que l'instillation du collyre entre les paupières, dans les cas d'ulcérations de la cornée, détermine des incrustations dans cette membrane. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous en avons observé à la suite de l'emploi des quatre collyres qui ont servi à nos expériences, et qui avaient été prescrits par deux de nos confrères. Nous ne pouvons donc qu'insister de nouveau sur notre recommandation de ne jamais associer le laudanum aux collyres

dans lesquels entrent des sels métalliques solubles des quatre dernières classes de Thénard.

De quelle nature est le précipité que nous avons rencontré dans les collyres formés par l'association du laudanum et d'un sulfate zincique, cadmique, cuivrique? Deux sels solubles, le méconate de morphine du laudanum et un sel des quatre dernières classes sont ici mis en présence, et par l'échange de leurs bases il ne peut se former rien autre, si ce n'est, d'une part, un *méconate insoluble* (zincique, cadmique, cuivrique) qui se précipite en entraînant les substances colorantes du laudanum, d'autre part, un *sulfate de morphine* qui reste en dissolution. Ce résultat est établi par la *loi de Bertholet*. Nous ne comprenons pas que M. Boyer puisse le révoquer en doute, lorsqu'il parle « de l'erreur où est tombé M. Cunier, qui aura probablement « pensé que l'action du laudanum sur les sels de zinc, de cuivre, etc., « était la même que celle produite sur les sels de plomb, d'argent. »

M. Boyer a, comme nous, examiné la nature des précipités des collyres plombique et argentique, et s'est assuré qu'ils étaient dus à un méconate insoluble. Nous avons cru pouvoir nous dispenser de rechercher la présence de l'acide méconique dans les précipités zincique, cadmique, cuivrique, qui ont servi à nos expériences; les quantités sur lesquelles nous avons opéré étaient d'ailleurs trop petites, et il nous suffisait de constater la présence des trois métaux (zinc, cuivre, cadmium) pour atteindre notre but, qui était de démontrer que le laudanum amenait une décomposition. Au reste, cela est de fort peu d'importance pour la loi pratique que nous avons établie, et que tous les ophthalmologues reconnaissent aujourd'hui : un précipité a lieu, et il est dangereux de se servir, dans les cas d'ulcérations de la cornée, de collyres dans lesquels se fait semblable décomposition. On nous dira sans doute que le péril peut être éloigné en filtrant le collyre; mais ne sait-on pas que la réaction ne se manifeste que lentement, presque toujours plusieurs heures après le mélange? M. Fallot a dit (1), et on a répété depuis, que, nonobstant la décomposition qui s'opère, l'expérience clinique a constaté les bons effets thérapeutiques des préparations dans lesquelles elle a lieu; cette action ne peut, sans contredit, tenir au sel insoluble précipité, mais bien à l'excès du sel soluble non précipité et au sel de morphine de nouvelle formation. En présence du danger qu'il y a, dans un grand nombre de cas, à voir le sel insoluble s'incruster dans la cornée, pourquoi ne pas adopter la pratique que nous suivons, et qui pare à cet inconvé-

(1) *Annales d'Oculistique*, Vol. XI, p. 153.

nient et fournit le même résultat clinique que les collyres mal formulés? Pourquoi ne pas combiner directement le sel métallique avec un sel de morphine *de même acide?* ainsi, l'acétate de morphine avec les acétates métalliques, le sulfate de morphine avec les sulfates métalliques, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Dublin medical Press.

DES MALADIES DES YEUX COMME GUIDE DANS L'ÉTUDE DE LA PATHOLOGIE;

Par le docteur JACOB, de Dublin.

Traduit de l'anglais, par le docteur RIEKEN, médecin de Sa Majesté le Roi des Belges.

L'histoire de la médecine nous offre cela de remarquable, que depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours des hommes ignorants se sont fait un moyen d'existence du traitement des maladies des yeux. Bien qu'il soit rarement arrivé que des hommes complétement dépourvus de connaissances médicales aient embrassé cette spécialité, il n'en est pas moins vrai que fréquemment elle a été l'apanage de personnes n'ayant reçu qu'une éducation imparfaite et qui ne pouvaient espérer de se faire une clientèle dans toute autre branche de l'art de guérir.

La recherche des causes de cet état de choses conduirait sans nul doute à des révélations curieuses et répandrait quelque lumière sur les études médicales envisagées sous un point de vue général; mais ce n'est pas ici le lieu de traiter cette matière. La chose s'explique principalement par le fait que la dextérité manuelle existe souvent indépendamment de qualités intellectuelles supérieures. On voit fréquemment qu'un homme exécute adroitement les opérations difficiles de la chirurgie, sans qu'il possède une connaissance exacte des maladies qui les nécessitent : c'est précisément là ce qu'ignore le public, qui comprend seulement qu'il a été remédié à un défaut physique, ou qu'une maladie douloureuse a cessé par l'opération; d'où il est porté à conclure que le chirurgien qui a exécuté l'opération est apte à remédier à tous les défauts physiques et à guérir toutes les maladies douloureuses. Cette erreur du vulgaire est patente. Ceux qui lui donnent naissance la partagent

eux-mêmes. Un homme qui fait l'opération de la cataracte ou du strabisme est bientôt convaincu qu'il a qualité pour traiter une inflammation grave, ou un défaut compliqué de la sensibilité, et il serait bien irrité si quelqu'un osait révoquer en doute sa capacité de traiter les maladies de tous genres et de toutes formes, malgré les preuves péremptoires qu'il fournit de son ignorance. Ce choix que des hommes sans instruction font de l'ophthalmologie pour se procurer des moyens d'existence, a amené des résultats fâcheux pour cette branche de la médecine et a été cause que bien des idées erronées ou fausses se sont continuées et ont été répandues. De nos jours, les honneurs médicaux ont été prostitués à tel point que d'ici à longtemps les grades et les diplomes académiques ne constitueront plus aux yeux du public des preuves suffisantes de *qualité* et de connaissances. Il en résulte que ceux qui recherchent la pratique sont forcés de faire quelque chose qui témoigne de leur érudition et de leur *originalité*, et ils débutent en général par la publication d'un livre quelconque. Mais, pour écrire, il faut qu'un homme ait appris et pensé, ou du moins sache appliquer ce que d'autres ont enseigné et pensé. Cette dernière prétention est celle qui convient le mieux et qui est le plus généralement adoptée ; mais, en la mettant en pratique, le compilateur s'aperçoit de son incompétence, et il n'ose entreprendre ni de combattre des opinions erronées, ni de réfuter des assertions mal fondées ; ou bien, enhardi par la confiance que donne l'ignorance, il essaie de corriger et de réfuter, et il substitue ses erreurs à celles de l'autorité à laquelle il cherche à en remontrer. De cette façon, des erreurs anciennes se perpétuent et de nouvelles erreurs prennent cours ; ce qui a eu pour résultat que l'oculistique a cessé d'être envisagée comme une branche de l'art de guérir en général, et que ceux qui s'occupent de la pratique générale ont cessé d'admettre comme authentiques les informations qu'elle fournit.

Ceux qui écrivent dans le seul but de se faire connaître, sans avoir rien de nouveau ou d'original à communiquer, sentent la nécessité de démontrer qu'ils sont aptes à remplir la tâche qu'ils entreprennent, et ils se posent hardiment comme ayant le droit d'être considérés comme des savants et des hommes d'expérience. Ne possédant que les plus maigres notions d'anatomie et de physiologie, ils entreprennent de décrire la structure et les fonctions de l'organe le plus délicatement construit de toute l'économie, et ils tranchent les difficultés qui ont arrêté les hommes qui ont voué leur vie entière à

ces études. Leur érudition est à la hauteur de leur savoir anatomique et physiologique. Ruysch, Morgagni, Albinus, Haller, Zinn, leur sont parfaitement inconnus, et avec le calme le plus absolu, ils décident les sujets en litige, émettent leur opinion; mais bientôt un malheureux faux-pas fait reconnaître les sources auxquelles ils ont puisé et démontre qu'ils doivent leurs informations à quelque compilateur à leur solde. Il est essentiel de montrer que les auteurs étrangers modernes leur sont familiers, et ils citent de préférence ceux de l'Allemagne, parce que la connaissance du langage de cette contrée est moins répandue. Les voilà donc assaisonnant leur œuvre du cortége d'un grand nombre de noms propres difficiles à prononcer, et connus seulement par d'insignifiantes améliorations ou des spéculations sans portée : pour ce qui est des sources connues elles sont négligées, parce qu'il serait impossible d'y puiser sans que l'emprunt fût reconnu. Ces livres-réclames tombent entre les mains de personnes sans expérience : qui les considèrent comme des œuvres loyales et des guides fidèles; enfin, grâce aux *puffs* et aux réclames dans les journaux, ces élucubrations attirent sur leurs auteurs une gloire que l'on n'accorde pas à des travaux d'une valeur plus haute et autrement profonds et profitables à la science.

Ces raisons, et beaucoup d'autres que je ne peux faire valoir en ce moment, semblent avoir fait perdre à l'étude des maladies des yeux toute son importance. On paraît croire que l'oculistique est une spécialité qui exclut les autres connaissances et que son exercice est en quelque sorte moins honorable que celui de toute autre branche de la chirurgie ou de la médecine. Je serais heureux de faire cesser cette croyance et si je pouvais montrer que les hommes qui se vouent à la pratiqne particulière de l'ophthalmologie méritent une place plus élevée dans l'estime publique, si je réussissais à leur faire accorder la considération à laquelle ils ont droit selon ma conviction. Mon but principal est de combattre le préjugé qui regarde cette branche de la chirurgie comme une espèce de commerce et de démontrer qu'il y a du danger pour la science médicale à voir dégrader une spécialité si bien faite pour la servir et la faire progresser. La mutilation folle de l'œuvre la plus admirable et la plus parfaite de la nature — si tant est que l'on puisse dire qu'un organe est plus parfait que l'autre — m'a suggéré ces observations. Aussi longtemps que les ténotomistes se sont bornés à opérer les cas réclamant vraiment ce genre d'opération, il a été permis de les laisser jouir de la prééminence à laquelle ils

croient avoir droit; mais dès qu'ils appliquent la ténotomie à des maladies dans lesquelles elle est inutile et même préjudiciable, il est nécessaire de désavouer toute participation de la science à une pratique qui porte atteinte au caractère de notre profession. Mutiler des yeux sous le prétexte de guérir l'amaurose n'est peut-être pas aussi dangereux que quelques-unes des vivisections pratiquées sur l'homme; mais elle conduit aussi à faire discréditer l'art chirurgical. On a aussi voulu prétendre que la cataracte était guérissable par des applications externes; l'auteur de cette imposture sait parfaitement que dans les cas qu'il relate il n'existait point de cataracte !.... Mais je m'éloigne de mon but, qui est de prouver que la pratique de l'ophthalmologie, loin d'être le domaine d'hommes imparfaitement instruits, est digne de toute l'attention des hommes de l'art, en ce qu'elle conduit à des enseignements qui sont de la plus grande valeur pour aider à l'étude des maladies en général.

En prenant à tâche de démontrer que l'étude des maladies des yeux peut éminemment venir en aide à nos connaissances sur la nature des maladies qui siégent dans d'autres parties du corps, et qu'elle constitue par conséquent une branche de la science médicale digne d'un encouragement particulier, je risque sans doute d'être considéré comme un avocat intéressé à faire prévaloir une opinion favorite et comme un médecin attachant une importance outrée à une spécialité qui absorbe son attention. Je pense cependant réussir à convaincre l'observateur le moins attentif du fondement de la conclusion à laquelle je suis arrivé. Les yeux sont destinés à remplir dans l'économie animale une fonction distincte de celle de tout autre organe. L'organisation de plusieurs des tissus qui les composent doit donc être d'une nature particulière. Les parties destinées à transmettre la lumière doivent non-seulement être tout à fait transparentes, mais aussi disposées pour leurs propriétés de réfraction. On ne rencontre des matériaux analogues dans aucune partie du corps, parce qu'ils ne sont nécessaires nulle part ailleurs; c'est donc dans cette seule partie que nous pouvons étudier ces formes particulières d'organisation et les changements qui y sont déterminés par suite d'une maladie. Dans d'autres parties du corps, nous pouvons étudier la nature des os, des cartilages, des ligaments, des muscles, etc.; mais dans l'œil seulement nous pouvons étudier la composition de la cornée, de la lentille, ou du corps vitré, et les fonctions qui leur sont dévolues. C'est par l'étude des fonctions de toutes les parties de l'être vivant que nous pouvons nous former un jugement

exact sur l'être entier. Par ses parties anatomiques d'une nature distincte et particulière, l'œil est un organe qui mérite d'être étudié et constitue une source d'enseignements complémentaires. Dans quelle autre partie du corps, en effet, si ce n'est dans le labyrinthe dont l'accès est si difficile, pourrait-on rencontrer l'expansion d'un nerf qui reçoit l'impression la plus délicate que puisse recevoir un nerf? Où, si ce n'est dans l'iris, peut-on suivre l'action continue du système musculaire mis en action sous l'influence d'impressions délicates et d'associations compliquées? Le labyrinthe de l'oreille, comme la chambre antérieure de l'œil, renferme un fluide destiné à contribuer au mécanisme de l'organe; mais il n'y a que dans l'œil que nous puissions observer les lois qui régularisent la production ou l'éloignement de la fonction. Dans la sécrétion des glandes salivaires et urinaires, nous pouvons reconnaître l'influence qu'exercent des impressions éloignées, des opérations mentales sur les sécrétions; mais où trouver une preuve aussi directe, aussi nette que celle que le flux des larmes dans la glande lacrymale fournit de l'effet produit par les émotions et les passions sur les sécrétions glandulaires? Nulle part ailleurs que dans la conjonctive nous ne rencontrons une démonstration subjective parfaite des modifications auxquelles les muqueuses sont sujettes. A la face interne des paupières, la conjonctive est villeuse, glandulaire, pourvue de vaisseaux à sang rouge; dans la partie qui recouvre la sclérotique, elle est mince, dure, unie; elle devient transparente, molle, lisse, au-devant de la cornée. On trouve aussi démontrées, dans un espace resserré, la différence qui existe entre les parties des membranes tégumentaires, selon la variété des fonctions qu'elles sont appelées à remplir dans l'économie animale, et la preuve palpable de l'erreur vulgaire que les continuations des membranes de ces surfaces possèdent un caractère identique.

Il est une autre circonstance qui fait de l'œil une des sources les plus riches pour l'étude des phénomènes vitaux de l'économie animale. La lumière, pour arriver au nerf, ne peut traverser qu'une matière transparente; il en résulte que plusieurs de ses parties sont nécessairement diaphanes, et que nous sommes ainsi mis à même d'observer de près l'organisation et les propriétés de la structure. C'est ainsi que nous pouvons suivre les changements qui se manifestent dans les petits vaisseaux sanguins à la suite d'une irritation directe, lorsque la conjonctive ou la membrane celluleuse sous-jacente devient rouge par l'effet du contact d'un atome irritant ou d'une goutte de quelque acide âcre. En quelle autre partie pourrait-on

étudier ce phénomène vital instructif? Des observateurs superficiels ont prétendu que les parties transparentes étaient dépourvues de vaisseaux, se fondant sur ce que l'on ne peut pas y distinguer la circulation du sang rouge. On voit clairement dans l'œil, qu'à l'état de santé et de repos ces vaisseaux ne charrient qu'un liquide incolore, tandis qu'à la moindre irritation ou excitation, ils reçoivent du sang. La sclérotique d'une personne jeune et délicate est claire et incolore comme une perle; il en est de même de la conjonctive qui recouvre cette membrane. On n'y découvre tout au plus qu'un vaisseau rouge isolé; mais une goutte d'eau savonnée ou de quelque autre liquide irritant est-elle mise en contact avec sa surface, celle-ci se couvre immédiatement de vaisseaux rouges et présente tous les caractères d'une membrane très-vasculaire. Dans aucune partie du corps, nous ne saurions apprécier ce phénomène d'une manière aussi distincte. La rougeur générale de la peau, produite par une pression, une friction, ou l'irritation que cause la chaleur, est à la vérité accessible à nos sens; mais on n'y remarque pas que des vaisseaux, absolument invisibles un instant auparavant, deviennent tout à coup aussi appréciables. Dans la patte d'une grenouille, la queue d'un poisson, l'aile d'une chauve-souris, on étudie la circulation dans des vaisseaux plus ténus; mais le phénomène se voit d'une manière plus claire dans la conjonctive transparente. La structure et les mouvements de l'iris s'observent à travers la cornée et l'humeur aqueuse; la nature semble avoir disposé expressément à cet effet un milieu transparent qui fait fonction d'une lentille de la construction la plus parfaite.

(La suite à un prochain numéro.)

London and Edinburgh Journal of medical Science.

Cas de pannus traité par l'inoculation du fluide d'une ophthalmie purulente; par M. Dudgeon. — La cure du pannus par l'inoculation du pus blennophthalmique ou blennorrhagique est une de ces méthodes que, malgré leur bizarrerie ou leurs dangers apparents, il serait irrationnel et imprudent de repousser sans examen, parce que la maladie contre laquelle elle s'emploie est loin jusqu'ici d'avoir trouvé son spécifique. Il faut donc l'essayer avec mesure, en choisissant les cas où la vision des deux côtés est complétement abolie, où, par conséquent, le malade n'a rien à perdre sous ce rapport; il faut surtout

enregistrer avec soin tous les documents publiés sur cette question. Le sujet n'est du reste pas entièrement neuf, et la méthode n'en est plus aujourd'hui à chercher des autorités pour la défendre. Outre le patronage de MM. Jaeger et Piringer qui lui ont prêté leurs noms, elle a été aussi appliquée par M. Stout (voir *Ann. d'Oculistique*, janvier, p. 37). Le cas suivant, observé par M. Dudgeon, mérite, sous tous les rapports, de fixer l'attention.

Obs.— Catherine Evans fut affectée, à l'âge de deux ans et demi et pendant toute son enfance, d'une ophthalmie survenue à la suite de rougeole. On espérait que l'établissement des règles opérerait dans son état une révolution favorable ; mais, loin de là, l'inflammation des yeux fit, à partir de cette époque, de nouveaux progrès ; de sorte que, à l'âge de 21 ans, elle présentait les symptômes suivants : cornée très-vascularisée et opaque, surtout en haut. Dans ce point existent quelques granulations. D'autres tapissent la paupière supérieure, lui donnant une épaisseur telle qu'on ne peut l'élever qu'avec peine. La conjonctive de la sclérotique est aussi très-vascularisée. L'œil droit paraît un peu plus malade que le gauche. Photophobie, clignotement, larmoiement. On ne peut entr'ouvrir les paupières que si la malade tourne le dos à la fenêtre. Sous tous les autres rapports, la santé est bonne, l'appétit excellent, l'écoulement menstruel régulier. Divers traitements ont été institués contre cette affection ; mais aucun n'a réussi. L'excision des granulations a seule apporté un soulagement temporaire. En cet état, la malade est incapable de lire même les plus gros caractères et ne peut être employée à quelque occupation que ce soit.

Le 30 septembre 1843, M. Dudgeon ayant pris de la matière provenant de l'ophthalmie purulente d'un enfant sain à tous autres égards, l'introduisit une heure après, encore fraîche, entre les paupières de l'œil droit. L'effet ne commença à se produire qu'au bout de plus de 24 heures. Les paupières devinrent d'abord rouges et gonflées ; bientôt un écoulement séro-purulent s'établit. Bref, la réaction inflammatoire fut telle, que dès le troisième jour l'application de trois sangsues et une purgation saline furent jugées nécessaires. On dut encore renouveler deux fois les sangsues et instiller quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent. Malgré ces moyens, l'écoulement était devenu franchement purulent et le chémosis s'était manifesté. Cependant la maladie semblait rétrograder, lorsque, le 11 octobre, l'œil gauche fut atteint de la même inflammation, bien que la malade l'eût garanti avec le plus grand soin du

contact du muco-pus sécrété par l'autre œil. La phlegmasie suivit à gauche les mêmes périodes, et l'on remarqua que cette complication ramena la sécrétion purulente de l'œil droit avec plus d'activité. Deux applications de sangsues furent faites au pourtour de l'œil gauche. Cependant, dès le 18 novembre, un amendement marqué se prononça, l'œil droit pouvant, à cette époque, être ouvert à moitié par la malade elle-même.

Le 23 du même mois, on constata avec surprise que la malade avait la faculté d'ouvrir librement les deux yeux en face d'une croisée, ce qu'elle n'aurait certainement pas pu faire avant l'inoculation. La sclérotique commençait à reprendre son aspect blanc. A droite, la cornée, quoique encore rugueuse et irrégulière, semblait avoir perdu complétement sa vascularisation. A gauche, la vascularisation avait beaucoup diminué.

Après une amélioration progressive, la malade en était arrivée, le 8 novembre, au point de distinguer des caractères de moyenne grosseur et de pouvoir supporter la lumière à quelque degré que ce fût. La moitié inférieure de la cornée était alors entièrement transparente, et la moitié supérieure perdait chaque jour de son opacité.

Enfin, peu à peu la transparence se rétablit complète, et la vascularisation se dissipa, sauf un léger nuage, mais situé trop haut sur la cornée pour gêner notablement la vision. Au lieu de marcher, comme avant l'inoculation, la tête baissée sur la poitrine et les yeux à demi-ouverts, elle se tient droite, même par les jours où le soleil est le plus éclatant. Elle peut se livrer aux travaux d'aiguille les plus minutieux, et n'est plus, pour les besoins de la vie ordinaire, sous la dépendance de personnes étrangères.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Lettre à M. le médecin de régiment DECONDÉ ; par le docteur Binard, médecin du 1er régiment de cuirassiers. — Bruxelles, 1845, in-8° pp. 16. (Extrait des *Archives de la médecine belge.*)

L'auteur s'est proposé de passer en revue une série d'articles qui ont paru sur l'ophthalmie des armées dans un journal allemand de médecine militaire (*Allgemeine Zeitung für militair Aertze*).

Il examine, en premier lieu, un travail du docteur Rigler, l'un des collaborateurs des *Annales d'Oculistique.*

Ce médecin s'est trouvé assez avantageusement placé pour observer en quelque sorte cette maladie à sa source. En effet, en sa qualité de médecin en chef de l'hôpital de Maltepe, il a été chargé de visiter les troupes passant à Constantinople, et il rencontra 137 cas d'ophthalmie d'Égypte dans le 11e régiment de ligne, venant de Candie. Voici quelques-unes des opinions du docteur Rigler sur cette affection. Il la considère comme appartenant aux affections catarrhales et se rattachant au genre des blennorrhées. Il admet comme incontestable que le germe de ces maladies a été rapporté de l'Égypte par les troupes françaises et anglaises, à leur retour de l'expédition faite dans ce pays. Toutefois, il ajoute que « tous les cas connus « d'ophthalmie militaire ne sont pas liés à l'ophthalmie d'Égypte. « D'après des observations qui concernent différents points de cette « maladie, on devrait admettre qu'elle peut, au milieu de circonstances « favorables, se développer primitivement dans chaque pays, dans « chaque endroit, tout aussi bien que beaucoup d'autres épi« démies. »

Cette dernière opinion est loin d'être démontrée : aussi est-elle combattue par M. Binard, qui voit dans l'ophthalmie des armées quelque chose de plus spécial que ce qu'y voit l'auteur allemand.

D'après les renseignements qui ont été fournis au docteur Rigler, l'ophthalmie dite *d'Égypte* aurait perdu en Égypte même une grande partie de son intensité. Elle attaquerait encore, il est vrai, un nombre considérable d'habitants, mais sa nature serait plus bénigne, sa marche moins longue, et elle n'aurait plus des suites aussi graves. Que ceci ne soit pas une raison de se reposer mollement dans la foi en l'avenir, dans les pays où le mal germe sourdement au sein des populations, comme dans nos provinces par exemple. Un jour le mal éclatera, lorsque des circonstances climatériques favorables à son développement viendront à se montrer, et alors on sera effrayé du nombre des victimes. On peut trouver la preuve de ce que nous avançons dans les renseignements fournis par le docteur Rigler. Dans le régiment qu'il a visité, se trouvaient quatre hommes atteints de granulations, et ce sont eux qui, au bout de quelques mois, ont propagé le mal dans le corps où ils servaient au point que 137 cas ont été observés par M. Rigler. Notons encore que ces troupes avaient séjourné à Candie, renommée pour son air pur, la beauté de sa végétation, l'abondance des vivres excellents qu'on y trouve, et que le médecin du régiment, formé à l'école de médecine d'Égypte, sur le zèle et les connaissances duquel on pouvait compter, s'était donné

beaucoup de peine, pendant le transport et le séjour à Candie, pour empêcher l'extension de la contagion et guérir le mal.

Nous écrivons ces lignes sous l'impression de la crainte que nous a fait éprouver une récente visite de miliciens, dans laquelle nous avons rencontré un bon tiers des hommes porteurs de granulations: chez quelques-uns d'entre eux, elles avaient acquis un développement considérable. L'ophthalmie militaire n'est plus dans l'armée, elle est dans le pays : ne serait-il pas temps de prendre des mesures énergiques pour détourner le fléau qui plane sur nos têtes?

M. Binard fait la judicieuse réflexion que M. Rigler n'indique nulle part l'état des conjonctives des hommes considérés comme sains; il ajoute avec raison : « Il nous est permis de conserver quel-« que doute à cet égard ; car on sait avec quelle facilité les gra-« nulations vésiculaires, primitives, peuvent échapper à l'atten-« tion de l'observateur. » Ceci tend à faire supposer que le nombre des granulés dans le régiment visité par le docteur Rigler aurait pu être beaucoup plus grand que ce médecin ne l'indique.

M. Binard poursuit l'examen du mémoire du docteur Rigler, et il termine sa lettre en signalant deux autres travaux d'oculistique sur le même sujet: un discours académique du docteur Jüngken et un article du docteur Trussen sur l'ophthalmie épidémique et contagieuse qui a régné dans la garnison de Posen.

Tous les médecins, et le nombre en est grand, auxquels la connaissance de la langue allemande n'est pas familière sauront gré à M. Binard de ses efforts pour les tenir au courant des travaux d'oculistique des médecins allemands, nos premiers maîtres en ophthalmologie.

E. Henrotay, D. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Furnari (S.). — *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale, ou de l'Ophthalmie considérée dans ses rapports avec les différentes races*; 8°, Paris, J.-B. Baillière, 1845.

(Cet ouvrage, dont nous rendrons compte, contient : 1° l'histoire, les mœurs, la constitution physique et morale des différentes races qui habitent l'Afrique française; 2° des considérations anatomiques et physiologiques sur l'œil, suivant les races ; 3° les causes, la nature et le traitement des maladies oculaires qui règnent en Afrique ; 4° l'indication des moyens hygiéniques et thérapeutiques pour prévenir ou guérir ces maladies. Il est suivi d'une appréciation analytique de la médecine chez les Arabes.)

Sperber (J.). — *De Melanosi.* Dissertatio inauguralis. 8° pp. 38, Halle, Gebauer, 1844.

M. LE DOCTEUR W. STRICKER ET LES ANNALES D'OCULISTIQUE.

M. le docteur Wilhelm Stricker vient de publier, à Francfort-sur-Mein, une brochure intitulée : *Die Krankheiten des Linsensystems nach physiologischen Grundsätzen*. La préface se termine ainsi :

« Cet écrit est arrivé en temps convenable à Bruxelles, et le 12 septembre 1842, l'auteur reçut du docteur Cunier une lettre qui lui faisait part du résultat du concours, qui fut annoncé également dans les *Annales d'Oculistique*, volume VIII, p. 8, et dans l'introduction au mémoire couronné du docteur Beger : *Ueber das Blutauge*, 1843..... Le prix consiste, d'après l'annonce de M. Cunier, en une médaille d'or et un abonnement de six années aux *Annales d'Oculistique* qu'il publie. Depuis la lettre citée du docteur Cunier, je n'ai plus rien appris de cette affaire. Je n'ai jamais (*nicht einmal*) reçu les *Annales* dont l'envoi ne coûte rien au rédacteur, et il ne m'a également pas renvoyé mon manuscrit. Comme il ne m'a pas été répondu à la demande que j'adressai à ce sujet au docteur Cunier, et en présence de l'exemple de deux collègues dont l'un n'a obtenu qu'au bout de trois années l'impression de son mémoire (Dr Beger, *Ueber das Blutauge*), tandis que l'autre, après une vaine attente, s'est décidé à publier lui-même son travail (Dr Warnatz, *Ueber das Glaucom*), j'ai jugé convenable de ne pas retarder plus longtemps l'impression de mon écrit, d'autant plus que la réponse couronnée de M. Hoering, écrite en français, a été insérée depuis longtemps dans les *Annales d'Oculistique* et vient de paraître également en langue allemande. J'ai fait précéder ces observations pour l'information et le profit des médecins allemands qui auraient envie de concourir pour les prix proposés par M. le docteur Cunier. »

Les explications suivantes feront connaître ce qu'il y a d'étrange dans la conduite de M. le docteur W. Stricker et de contraire à la vérité dans ce qu'il avance.

Nous rappellerons d'abord que le mémoire de M. Stricker a concouru pour la question du siége et de la nature de la cataracte (voir vol. VIII, p. 8) et que le prix a été divisé entre ce médecin et M. le docteur Hoering, de Heilbronn (Wurtemberg). En donnant connaissance à M. Stricker du résultat du concours, nous lui fîmes part de notre embarras de faire exécuter une médaille d'or de la valeur de 75 francs, moitié du prix, et nous lui fîmes offre de la remplacer par une collection d'ouvrages ophthalmologiques à son choix pour une valeur plus grande que celle de la médaille. Cette proposition fut rejetée en des termes fort peu convenables.

Nous dûmes dès lors nous occuper de faire confectionner une médaille en or d'une valeur de 75 francs. Mais M. Jouvenel et tous les artistes auxquels nous nous adressâmes successivement, tant à Bruxelles qu'à Paris, s'accordèrent à déclarer que l'on ne pourrait frapper semblable médaille avec la matrice en notre possession, ni

avec aucune de celles que nous réussîmes à nous procurer. Pour donner à la médaille une grandeur convenable, il fallait employer de l'or au-dessous du titre légal, et la monnaie se fût refusée à la frapper. Il nous restait une ressource, dont nous avons dû nous dispenser de faire usage : celle de faire graver expressément une matrice, ce qui nous eût coûté plus de 200 francs!

Entre temps, quelques mois s'étaient passés, et nous avions reçu deux lettres fort insolentes de M. Stricker, qui réclamait impérieusement sa médaille et son manuscrit, qu'il voulait, disait-il, publier immédiatement. Or, ceci se passait précisément à l'époque où nous venions d'annoncer que ce travail allait paraître dans notre *Sammlung ophthalmologischer Preisschriften* (voir p. IX de notre préface et *Annales d'Oculistique*, vol. VIII, p. 10), et ne pouvait avoir pour but que de nous susciter des embarras.

Nous répondîmes que, d'après l'usage admis dans les concours, tous les manuscrits couronnés restaient notre propriété ; que, pour ce qui était de la médaille, force nous serait, en présence de la déclaration des graveurs, de la faire exécuter en vermeil, mais que nous y ajouterions des livres à son choix pour la valeur intégrale du prix.

Cette lettre et deux autres sont demeurées sans réponse.

M. Stricker n'ayant pas exécuté sa menace de publication, nous nous décidâmes, malgré son silence, à lui faire tenir sa médaille, en le priant de choisir, sur une liste que nous lui adressions, les livres qui lui convenaient et que nous nous engagions à faire relier convenablement.

M. Stricker est de Francfort-sur-Mein ; mais, dans sa première lettre, il nous manda qu'il habitait Dresde, où il remplissait les fonctions d'assistant de son oncle, M. le chevalier d'Ammon. C'est à cette adresse que nous lui écrivîmes, comme toujours, pour l'aviser de l'envoi que nous allions lui faire. La médaille partit quelque temps après notre lettre, des formalités de douanes mal remplies ayant entraîné quinze ou vingt jours de retard. Nous nous attendions à recevoir d'un jour à l'autre une lettre accusant réception de notre paquet et renfermant la liste des volumes dont M. Stricker aurait fait choix, lorsque nous avons été informé par notre savant confrère et ami, M. le docteur Sichel, de l'attaque que M. Stricker venait de diriger contre nous. Immédiatement, nous nous rendîmes au bureau de l'administration des messageries Van Gend et Cie, et là nous apprîmes que le paquet était à Aix-la-Chapelle en retour de

Dresde. Sur notre prière, on le fit revenir à Bruxelles, et il se trouve en ce moment encore entre les mains de la compagnie Van Gend, où nous le laisserons à la disposition de M. Stricker. Nous nous sommes borné à nous faire délivrer le certificat suivant :

Je soussigné, contrôleur aux messageries J.-B. Van Gend et Cie, certifie qu'un paquet expédié par M. le docteur Cunier, et portant pour adresse : *M. le docteur W. Stricker, chez M. le chevalier d'Ammon, médecin de S. M. le Roi de Saxe*, etc., *à Dresde*, et déclaré contenir treize brochures et une médaille en vermeil, nous a été retourné le 30 avril, *avec mention que le destinataire était parti.*

Bruxelles, le 18 mai 1845. *Signé*, De Groux.

Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier la conduite tenue à notre égard. Qu'ils veuillent bien se rappeler seulement : 1° que M. d'Ammon est l'oncle de M. Stricker ; 2° que c'est chez M. d'Ammon que M. Stricker nous a prié de lui faire nos envois et de lui adresser nos lettres : jamais il ne nous a appris qu'il résidât actuellement à Francfort, où l'on va voir qu'il se trouve; 3° qu'avisé longtemps à l'avance, M. Stricker, qui ne peut ne pas avoir reçu notre lettre, pouvait faire que le paquet ne fût pas refusé, comme il l'a été, par M. d'Ammon, son oncle.

Quelque temps après l'avis de M. Sichel, et après que déjà nous avions fait part à quelques confrères allemands du procédé de M. Stricker, nous reçûmes de ce médecin une lettre datée de Francfort, 28 février 1845, portant au dos ces mots : *Mit zwei Exempl. von Dr Stricker's Preisschrift.* Par cette lettre, mise à la poste à Leipzig, et non pas à Francfort, le 20 mai, la médaille nous est de nouveau réclamée, mais dans les termes les plus injurieux !!

Venons-en maintenant au troisième grief articulé par M. Stricker : « *Il n'a jamais*, NICHT EINMAL, dit-il, *reçu les* ANNALES D'OCULISTIQUE. » Cette assertion est tout simplement contraire à la vérité. Toujours, depuis le concours auquel ce médecin a pris part, nous lui avons adressé notre journal sous le couvert de M. d'Ammon, comme nous le faisons pour MM. Beger, Warnatz et Baumgarten. La preuve que M. Stricker ne dit pas vrai lorsqu'il prétend n'avoir pas reçu *une seule fois* nos *Annales*, nous la trouvons dans un passage de sa lettre même du 28 février, où il nous donne la liste de ce qu'il dit avoir reçu et réclame les livraisons qui ne lui sont pas parvenues. Voici ce passage :

« Tome X und XI sind die einzigen, die ich vollständig erhalten habe ; von VIII habe ich die 3 ersten, von XII die zwei ersten Lieferungen, von IX noch gar nichts erhalten. »

Les tomes X et XI sont les seuls que j'aie reçus en entier ; je n'ai reçu que les trois premières livraisons du tome VIII et les deux premières du tome XII ; je n'ai rien reçu du tome IX. »

Ainsi donc M. Stricker administre lui-même la preuve que son assertion est contraire à la vérité et que nos *Annales* lui ont été expédiées. Sans doute, des numéros ont pu s'égarer ; mais il serait bien extraordinaire qu'il s'en fût perdu un aussi grand nombre. Et d'ailleurs, pourquoi ne les a-t-il jamais réclamés ?

Nous pourrions faire connaître les motifs qui ont dirigé M. Stricker dans sa conduite aussi irréfléchie que peu loyale et peu conforme au caractère allemand. Il nous suffirait pour cela de soulever un voile que nous voulons bien laisser abaissé, mais à travers lequel plus d'un de nos lecteurs lira aisément.

—

M. Stricker parle du retard apporté à la publication du mémoire de M. Beger : *Ueber das Blutauge*. Il y a plus que de la déloyauté à nous faire pareil reproche après les explications que nous avons données dans nos *Annales*, vol. VIII, p. 9, explications qui prouvent que ce retard ne peut en aucune façon nous être imputé.

Ponr ce qui est de M. Warnatz, nous répétérons à son occasion ce que nous avons écrit en novembre dernier (*Annales*, vol. XII, p. 219) : « Divers médecins qui ont pris part aux précédents concours n'ont point tenu compte de cette condition (que les mémoires couronnés restent notre propriété) et nous ont occasionné des tracasseries fort ennuyeuses, en même temps qu'ils nous ont mis jusqu'à ce jour dans l'impossibilité de tenir nos engagements. »

Nous avions fait les frais de la gravure et du coloriage de quatre planches, tirées à 800 exemplaires, lorsque nous avons appris que M. Warnatz venait de publier son travail ! Nous avons adressé à ce confrère une proposition qui nous tirera d'embarras, tout en laissant à notre charge la dépense que notre éditeur a raison de ne vouloir pas supporter.

CHRONIQUE.

Nos lecteurs apprendront avec plaisir que notre collaborateur, M. Caffe, de Paris, a été récemment nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Le Politique* nous apprend, dans sa correspondance allemande, que dans la garnison de Pesth (Hongrie) le nombre des soldats atteints d'ophthalmie d'Egypte est tellement grand que la garde bourgeoise doit faire le service de la place.

— M. Jans, de Peer, notre collaborateur, vient d'ouvrir une consultation gratuite pour les indigents affectés de maux d'yeux.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XIII. — 2e série. Tome Ier. — 6me livraison.
JUIN 1845.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES PREMIÈRES IMPRESSIONS D'UN AVEUGLE-NÉ RENDU CLAIR-VOYANT : SUIVIES DE CONSIDÉRATIONS SOMMAIRES SUR LA MANIÈRE D'OPÉRER LES CATARACTÉS DE NAISSANCE DE DIFFÉRENTS AGES ;

Par le docteur DUVAL, Hégésippe (d'Argentan).

SECOND ARTICLE. (*Voir la livraison de mars.*)

Manquant pour le présent de données suffisantes pour développer les quelques propositions de philosophie qu'en commençant ce mémoire nous avons dû, par cette seule raison, simplement énoncer (examen dont la conséquence rigoureuse serait d'amener la solution de ce problème : A quel âge doivent être opérés les aveugles de naissance affectés de cataractes ?), peut-être devrions-nous clore ici nos réflexions et suspendre, à l'égard de cette question, notre jugement. Quoi qu'il en soit, s'il nous est permis de préjuger de cette conséquence acquise à la science par le fait de l'expérience, nous pouvons dès lors, comme résumé de nos idées et comme terminaison de notre travail, reprendre cette question au point de vue chirurgical et examiner les conditions diverses qui s'y rattachent : c'est ce que nous nous proposons de faire dans ce second article.

§ Ier. Les cataractes congénitales sont le plus ordinairement capsulo-lenticulaires ; elles peuvent être aussi, mais par exception, simplement capsulaires. On les rencontre quelquefois partielles ; en ce cas, elles sont centrales : un point unique, d'un blanc éclatant, caractérise cette forme particulière.

§ II. D'après Beer, cette affection dépend de l'inflammation du cristallin et de la capsule ; elle est communément causée par l'éclat prolongé d'une lumière trop intense. Schmidt pense que cette disposition morbide doit plutôt se rapporter au relâchement qui s'opère

entre le cristallin, la cristalloïde et les parties qui l'environnent, par suite de secousses violentes provenant de convulsions. Au surplus, dit-il, « jamais il ne vit d'aveugles de naissance cataractés qui ne fussent d'une constitution délicate et n'eussent eu des convulsions. » — Quoique Beer ne rejette pas d'une manière absolue, comme cause de ces cataractes, ce relâchement dans les moyens d'union de la capsule avec les parties ambiantes, il ne reconnaît pas comme rigoureusement nécessaires ces convulsions, qu'il n'a pas, du reste, constamment rencontrées. Cette laxité des liens qui retiennent en place et en rapport le cristallin, sa membrane et l'uvée, pourrait, selon lui, en dehors des convulsions, résulter de coups portés sur l'enfant pendant ou après l'accouchement, de chutes de la mère pendant la grossesse, et peut-être aussi parfois de ce balancement heurté que l'on imprime, dans quelques localités, au berceau des nouveau-nés, pour les endormir.

D'autres expliquent la formation des cataractes congénitales en admettant une lésion de l'axe cérébro-spinal, ou un arrêt de développement du cristallin (1) ou de telles autres parties de l'économie, ou bien encore de mêmes causes capables de déterminer, dans quelques circonstances, l'hydrocéphale, l'ascite, l'hydrocèle, l'hydrorachis, etc. En définitive, on peut dire, je crois, qu'il en est de la pathogénie de cette cataracte comme de la plupart des maladies, savoir : que l'on ignore absolument comment elle arrive, pourquoi elle se forme, et à quelle époque de la vie fœtale elle se développe.

On a remarqué que plusieurs enfants, issus de mêmes parents, étaient venus au monde offrant les uns et les autres des cataractes. Ainsi, dans le *Medical Observations and Inquiries*, on rapporte ce fait remarquable de cinq enfants nés cataractés; dans l'*Edinburgh medical and surgical Journal*, vol. VIII, se trouve, à la page 398, cette autre observation de six enfants appartenant à deux sœurs, tous complétement amaurotiques, cataractés et idiots ; M. Saunders, dans son ouvrage, cite aussi trois ou quatre exemples analogues : celui, entre autres, de deux frères jumeaux qui devinrent aveugles cataractés, à quelques jours de distance, à l'âge de vingt mois; et celui de trois frères et d'une sœur qui également étaient nés avec des cataractes, etc.

Voici l'explication que Weller donne de ce phénomène : L'expérience nous apprend, dit-il, que les enfants ressemblent aux parents,

(1) Les partisans de cette opinion prétendent que le cristallin est liquide et opaque à une certaine période de la vie intra-utérine.

non-seulement sous le rapport du physique extérieur, mais que cette ressemblance, autant qu'il est possible à l'homme de l'observer, s'étend souvent aux plus petites particularités anatomiques, et même aux idiosyncrasies. Ainsi, on a vu souvent que l'artère radiale, par exemple, était, chez une femme, déviée de la directionnormale, et l'on retrouvait absolument la même disposition insolite chez sa fille. On observe chez quelques femmes une grande aversion pour certains animaux, tels que les chats, et on rencontre chez leurs filles la même aversion, poussée au point qu'on les voit tomber en syncope lorsqu'elles se trouvent en présence du même animal. Ainsi, très-souvent l'organisation de l'enfant ressemble, jusque dans les plus petits détails, à celle des parents. Pourquoi cette ressemblance ne s'étendrait-elle pas à l'organisation du cristallin et des parties qui l'environnent? Les vaisseaux nourriciers de la capsule ne peuvent-ils pas, chez l'enfant, être aussi délicats et aussi peu volumineux que chez le père, où une semblable disposition devient la cause de leur oblitération précoce, qui entraîne après elle la formation d'une cataracte (1)?

(1) En avançant encore dans la question, ne pourrait-on pas ajouter que les formes extérieures se modifient par suite des nécessités et obligations que réclame une profession manuelle quelconque? Si donc tels ou tels mouvements des bras, des jambes, ou du torse, sont exigés, cette motion active et incessante, ces inclinaisons diverses, longtemps continuées, ne doivent-elles pas amener par la suite une conformation particulière; et comme il est assez habituel que les enfants embrassent la même partie que le père, il devient alors naturel de retrouver chez l'un et l'autre un balancement uniforme des bras, de la tête, un même écartement des jambes, une déviation semblable des épaules, le corps pareillement voûté, et, finalement, après quelques générations, une disposition anatomique spéciale qui sera inhérente non-seulement à une même tribu, mais qui aussi réunira dans un réseau commun toute une classe d'individus?

A cette cause, absolument mécanique, ne serait-il pas plausible d'en joindre d'autres d'un ordre différent, telles, par exemple, qu'une alimentation pareille pour toute la famille, le même air respiré, les mêmes influences de climat; causes qui, prolongées, doivent faire naître les mêmes instincts, développer les mêmes passions, engendrer les mêmes infirmités, en un mot, à la longue, modifier la constitution, et voire même, disons plus, changer l'organisation? Puis encore, ne serait-ce pas à l'habitude de voir les mêmes objets, d'être impressionné mêmement, de tourner dans un cercle d'idées semblables, ce qui comporte implicitement, comme conséquence, qu'on se servira en quelque sorte des mêmes mots pour exprimer des pensées identiques, lesquels mots exigeront à leur tour, pour être prononcés, l'action des mêmes muscles de la face, les mêmes mouvements des mâchoires, etc.; ne serait-ce

§ III. La couleur des cataractes congénitales est d'un gris pâle, mat, blanchâtre ; rarement elles sont jaunâtres ou verdâtres, comme elles se présentent à un autre âge. Il se pourrait que cette teinte spéciale tînt, comme on l'a fait observer, à l'atrophie du cristallin chez les enfants nés cataractés.

§ IV. Fort souvent il existe des adhérences qui lient la capsule à l'uvée ; preuve évidente, selon Beer, de la nature inflammatoire de cette affection. Lorsque ces brides ligamenteuses sont très-multipliées, les mouvements de l'iris peuvent être rallentis et gênés ; mais d'ordinaire le diaphragme irien (cela sans doute encore en raison de la diminution dans le volume du cristallin) se meut avec liberté, par saccades et comme en oscillant.

§ V. La vision chez les aveugles-nés cataractés, susceptibles de rendre compte de leurs impressions, n'est jamais détruite dans le sens absolu du mot ; seulement elle est considérablement affaiblie. On pourrait dire que cette fonction se résume à peu près à la faculté de simplement distinguer la lumière vive et les couleurs éclatantes : nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons noté à cet égard dans les prolégomènes du chapitre précédent.

§ VI. A titre de concession pour les parents, plutôt sans doute que comme traitement sur lequel on doive fonder consciencieusement de l'espoir, Samuel Cooper nous apprend que quelques médecins en Angleterre recommandent parfois, dans le cas de cataractes congénitales, l'éther, dont ils font instiller une goutte sur l'œil même, matin et soir ; que d'autres ordonnent, sans plus de succès, il faut le dire, des liniments volatils, tels que l'alcool de mélisse, de Fioraventi, etc., en embrocations sur la paupière et la région surcilière.

pas, dis-je, à cet enchaînement de causes et d'effets que l'on devrait rapporter ce qu'on est convenu d'appeler l'air de famille, la ressemblance ?

De ces causes multiples ne pourrait-on pas rapprocher encore l'*imitation*, cette puissance magnétique, modificatrice, si l'on veut, du fort sur le faible, du père à l'égard de l'enfant ; cette force entraînante qui, d'une jeune fille bien portante, sans cause appréciable, fait une hystérique ? Je pourrais citer plusieurs cas relatifs à des enfants dont l'axe des yeux, primitivement parfaitement parallèle, devint louche par cette seule raison que ces enfants avaient vécu en face de parents dont les yeux étaient déviés, ou au milieu d'autres enfants affectés de strabisme.

Prises isolément, il est clair qu'aucune de ces considérations, très-hypothétiquement établies, je le concède volontiers, n'a réellement de valeur ; mais, groupées et rassemblées, peut-être méritent-elles quelque attention.

Dans ce pays, en définitive, comme en France et partout, en un mot, l'opération est le seul moyen considéré et reconnu propre à offrir véritablement l'espoir de rendre la vue à cette sorte de malades.

§ VII. En 1805, M. Lucas publia une série d'articles relatifs à l'âge de choix pour opérer les aveugles-nés cataractés. Prenant en considération l'immense avantage de la vision pour l'éducation physique et morale des enfants, en ce sens qu'il regarde, sous ce dernier rapport, les premières années de la vie comme l'époque la plus propre aux études, il discuta, fit valoir et retourna en tous sens cette idée complexe, et finalement en conclut que l'opération devait être faite aussitôt que l'enfant était assez fort et assez développé pour la supporter (de un à deux ans).

M. Gibson (de Manchester), partageant cette opinion, trouva en sa faveur cet autre avantage : qu'à cette période de la vie (six mois) (1), qu'il préfère à un âge plns avancé (un, deux et trois ans), le petit malade, tout absolument passif, ignore ce qu'on va lui faire, n'éprouve pas les craintes que suggère l'imagination, et ne peut qu'opposer une résistance très-faible aux moyens mis en usage pour le retenir immobile, lui assujettir la tête, fixer son œil, etc.

Enfin, sir John Cunningham Saunders remarqua que l'un des grands inconvénients d'attendre l'âge adulte consiste en ce que avec le temps les muscles de l'œil se contractent d'une manière si invincible, par l'impossibilité où sont ces malades de percevoir les objets intérieurs, qu'il en résulte cette habitude vicieuse de faire continuellement vaciller et mouvoir dans tous les sens ces organes, indécision de mouvements dont ils ont peine à se corriger, même longtemps après avoir recouvré la vue, et qui les gêne infiniment dans l'acte de diriger et fixer avec précision les yeux sur les objets pour en avoir une perception exacte et distincte; de plus, que l'œil acquiert la faculté de se retirer au fond de l'orbite; et, à titre de suppositions, que l'organe immédiat de la vision, laissé longtemps dans l'inaction, pourrait fort bien s'affaiblir, s'altérer, et finir par s'éteindre; que des adhérences pourraient bien survenir à la suite d'ophthalmies éventuelles, etc. (C'est entre deux et quatre ans que ce chirurgien obtint les résultats les plus heureux.)

Nous ne rechercherons pas davantage les considérants sur les-

(1) Lawrence est encore allé plus loin, trop loin même, je crois : il voudrait qu'on opérât les enfants à six semaines.

quels se sont fondés les partisans de l'opération chez les enfants pour formuler leur manière de voir (1).

En France, on posa longtemps en principe qu'aucune cataracte ne devait être opérée avant que le malade eût atteint l'âge de raison et qu'il fût véritablement docile. Au point de vue chirurgical, cette doctrine est certainement rationnelle et bien fondée; en conséquence, rien d'étonnant qu'elle soit en ce pays suivie encore par quelques praticiens : toutefois, cependant, depuis le relevé des opérations de cataractes congénitales faites par sir John Saunders au *London Infirmary*, publié il y a quelques années par le docteur Farre, on semblerait vouloir adopter les préceptes de ces deux médecins et s'en remettre à leur expérience, c'est-à-dire opérer les aveugles-nés cataractés dès leur bas âge.

§ VIII. Deux mots sur la nature de cette espèce de cataracte avant de parler du mode opératoire.

D'après sir Saunders, la plupart des cataractes congénitales qu'il a opérées étaient capsulaires : le cristallin, après s'être converti en une espèce de magma, est résorbé peu à peu, et à mesure que cette résorption fait des progrès, l'hémisphère antérieur de la capsule, qui paraît comme épaissi, se rapproche de la partie postérieure, jusqu'à ce qu'enfin ces deux coques réunies forment une membrane blanchâtre, dure, résistante et élastique. Il est rare, selon ce praticien, qu'après la huitième année ce travail de résorption ne soit pas entièrement achevé, et que l'opération rencontre autre chose, à cette époque, que cette agrégation de la cristalloïde, qu'il est fort difficile d'entamer avec l'aiguille ou d'extraire avec les pinces.

La moyenne de ses tables statistiques donne à peu près le résumé suivant : cristallin opaque et solide, avec ou sans opacité de la capsule, exception; cristallin opaque et ramolli, capsule participant à la maladie, mais n'ayant pas absolument perdu toute sa transparence, rare; cristallin résorbé, capsule épaissie, entièrement opaque, cas ordinaire.

M. Gibson n'admet pas cette disparition radicale du cristallin, et l'a trouvé, dit-il, sans aucune exception, sous l'apparence d'une bouillie plus ou moins claire. L'opinion de M. Warre est également telle : il prétend en avoir, dans tous les cas, remarqué les rudiments

(1) Scarpa, MM. Warre père et fils, Hey, Sichel, Chelius, Furnari, Rognetta, Weller, etc., sont tous d'accord sur l'opportunité d'opérer les cataractés de naissance aussitôt que possible.

ramenés à un état de grande mollesse et presque de fluidité. Ces deux chirurgiens, au surplus, s'accordent pour reconnaître ces cataractes comme membraneuses, et ne diffèrent en conséquence de manière de voir avec sir Saunders que sur l'absence en général ou la présence du cristallin.

Les quelques cataractes de naissance adultes que nous avons opérées, mon père et moi, nous ont offert les mêmes phénomènes : la cristalloïde antérieure et postérieure était opaque, et le cristallin n'existait plus à l'état de corps régulier en apparence ; mais un liquide laiteux, mélangé de flocons albumineux, aux formes amorphes, pouvait être dit le représenter. Nous comptons vingt et un opérés.

§ IX. De la difficulté reconnue d'abaisser les cataractes liquides, ou qui ne présentent pas de prise à l'instrument dans des manœuvres excessivement laborieuses, et dont les conséquences peuvent être facilement calculées, on conseille pour ces sortes de cataractes en général, et celles congénitales en particulier, de faire simplement une ouverture à la capsule, de morceler le cristallin, et de laisser le tout en place, s'en remettant à l'action dissolvante de l'humeur aqueuse.

Le procédé de Saunders, que nous allons rapporter en détail, est de tous points basé sur ces données (1). Après avoir préalablement dilaté la pupille en instillant dans l'œil quelques gouttes d'une solution aqueuse de belladone, deux ou trois heures avant de procéder à l'opération (2), la paupière supérieure tenue fixe à l'aide du spéculum de Pellier de Quengsy, il enfonçait une aiguille légèrement courbe sur le plat, tranchante sur l'un des côtés, fine et très-acérée (3), soit par la cornée transparente, au côté externe (kérato-

(1) Pour pratiquer l'opération de la cataracte sur des enfants, dit M. Sichel, dont l'intelligence n'est pas encore assez développée, et qui manquent de docilité, on fait bien de les envelopper dans un lange ou dans un drap de lit; un aide les maintient sur ses genoux, un autre fixe la tête, et l'opérateur agit comme dans les cas ordinaires.

Nous croyons qu'un lit un peu élevé est préférable aux genoux d'un aide pour placer le petit malade : de cette manière, il nous semble qu'on peut mieux l'entourer de tous côtés et multiplier les points de retenue autant qu'il est utile et qu'on le juge convenable.

(2) La veille de l'opération, je fais, de plus, recouvrir largement la région surcilière et les tempes d'extrait de belladone en nature.

Quelques praticiens administrent, quelques heures avant d'opérer, une potion suffisamment opiacée pour produire de la somnolence : nous nous sommes bien trouvé de ce précepte.

(3) A cette aiguille de Saunders nous préférons celle de M. Hey, qui est

nixis), soit par la sclérotique, comme s'il eût opéré par abaissement (il préférait cette première manière de procéder), et au moyen de cet instrument il allait déchirer la partie centrale de la capsule dans une étendue égale à celle de la pupille dans son état normal (1).

droite, à tige ronde, et seulement aplatie à son extrémité libre : cette pointe représente assez bien un fer de lance. A partir du collet, c'est-à-dire du point où elle est aplatie, le diamètre de sa tige va en augmentant dans une proportion insensible. La longueur de plusieurs de ces aiguilles qui m'ont été expédiées par M. Weiss, habile coutelier de Londres, est d'un peu moins d'un pouce.

Un des avantages de cette aiguille, qu'a fort bien fait valoir l'inventeur, se trouve en ce que, n'ayant pas de bord tranchant, on ne court pas le risque d'intéresser l'iris dans les mouvements divers qu'on lui fait nécessairement subir, soit pour déchirer la capsule, soit pour réduire le cristallin en fragments.

La seule précaution à prendre consiste à retirer l'instrument dans le sens de son introduction.

(1) On peut introduire l'aiguille à la partie inférieure ou au côté externe de la cornée, à trois ou quatre millimètres de la ligne d'union de cette membrane avec la sclérotique. La cicatrice qui résulte de cette ponction est si peu apparente, qu'en raison de la facilité plus grande qu'on éprouve, en se rapprochant du centre de la cornée, à attaquer la capsule cristalline, quelques chirurgiens ont même indiqué cette partie comme point d'élection pour y plonger l'aiguille. Quoi qu'il en soit, et malgré, prétend-on, l'absolue innocuité de cette perforation centrale, je crois mieux faire en ne m'éloignant pas trop de la marge cornéale; car s'il est vrai de dire que la cicatrice n'est pas visible, observée de face, elle est au moins, en l'examinant de côté, légèrement rugueuse et ressort en saillie. Si minime donc que soit cette proéminence, elle briserait plus tard le rayon lumineux qui la rencontrerait sur son passage.

Une autre considération non moins importante consiste à ne pas ouvrir la cornée au même endroit si l'on devait réitérer l'opération ; on choisirait, en cette circonstance, un rayon différent.

L'instrument doit être tenu comme une plume à écrire, avec les trois premiers doigts de la main droite ; les deux autres servent à prendre un point d'appui sur l'os de la pommette gauche ou sur le nez, selon qu'on opère l'œil gauche, et, dans la seconde supposition, l'œil droit. Quant au support de l'aiguille, on avait proposé de le placer sur l'angle de l'indicateur de la main libre, et qui sert à abaisser la paupière ; mais loin d'empêcher de tirailler la cornée, on s'est, au contraire, aperçu qu'en agissant de cette sorte, cette membrane était infiniment plus tourmentée : ce point d'appui sera donc pris, en fait, exactement au point de ponction, et devra, pour lors, plutôt être idéal, senti, et compris qu'il est là, que réel, rigoureusement parlant.

L'incision de la capsule réclame aussi quelques précautions. Ainsi, il est essentiel de bien la diviser, et à cet effet il faut porter l'aiguille sur plusieurs points de sa circonférence, imprimer à l'instrument des mouvements en haut,

Si, contre l'attente de l'opérateur, le cristallin existait et présentait quelque opposition, il recommandait de le diviser minutieusement et avec précaution, en ayant soin par-dessus tout de ne pas le déplacer.

Point de bandage. L'enfant était tenu dans un endroit un peu obscur ; quelquefois il lui faisait appliquer derrière l'oreille un vésicatoire, par exemple, lorsque l'opération avait été laborieuse. Toujours le petit malade était mis sous l'influence de la belladone, employée à l'extérieur dans le but de maintenir la pupille dilatée jusqu'à ce qu'eussent disparu les accidents inflammatoires.

Une seule opération parfois suffit : on peut cependant être obligé d'y revenir à plusieurs reprises. Ainsi, dit M. Farre, on dut, dans quelques circonstances, répéter cette introduction de l'aiguille dans l'œil trois, quatre et même cinq fois.

L'humeur aqueuse peut devenir trouble aussitôt que la capsule est ouverte ; il est donc urgent, avant de passer outre, de bien apprécier la position des parties et la pointe de l'instrument, pour ne pas pénétrer trop profondément d'une part, ni intéresser l'iris d'autre part. Quant à cette apparence lactée de l'humeur aqueuse, elle disparaît durant les soixante-douze heures qui suivent l'opération : la pupille prend peu à peu une teinte noire qu'elle n'avait pas, et la vision commence.

Si le cristallin se trouvait être caséiforme, la résorption serait plus longue et n'arriverait que pendant les dix ou quinze premiers jours ; laps de temps que l'on doit constamment mettre entre chaque tentative, le cas supposé où l'on serait obligé de revenir à une nouvelle opération (1).

Comme le recommande M. Sichel, « il sera toujours prudent

en bas, et faire des sections horizontales que l'on coupe ensuite par d'autres sections verticales. Si ces mouvements sont exécutés avec réserve et délicatesse, on n'aura qu'effleuré le cristallin, qui se trouvera mis pour lors à découvert sans déplacement dans ses rapports périphériques.

Il pourrait arriver que l'aiguille glissât entre la capsule et la cataracte, si, faisant l'opération par la sclérotique, on tenait l'instrument dans une direction parallèle à l'iris : cela étant, au lieu de déchirer la capsule qui se trouverait en dehors de la portée de l'aiguille, on n'arriverait qu'à râtisser les couches corticales du cristallin. Il suffit de connaître cet inconvénient pour l'éviter.

(1) M. Warre croyait faciliter la résorption du cristallin en faisant insuffler, matin et soir, sur la conjonctive, du sucre en poudre : nous croyons ces insufflations pour le moins inutiles, si elles ne sont pas nuisibles. Nous ne faisons rien : nous attendons.

d'éviter les époques de la dentition, et de ne procéder à l'opération qu'avant ou après ces crises si souvent fatales, et qui, en appelant physiologiquement le sang vers la tête, peuvent ajouter à la lésion traumatique une congestion ou une phlegmasie cérébro-oculaire. »

Telle est la méthode que nous avons adoptée, tels sont les principes que nous avons suivis lorsque nous avons opéré dans cette condition d'âge indiquée ; toutefois, nous n'avons point accepté cette manière de faire dans tous les cas. Ainsi, pour les adultes aveugles-nés cataractés, par suite de la résorption du cristallin, déjà infiniment plus tardive chez ces malades qu'elle ne l'est chez les enfants ; par suite aussi de la longueur de temps qu'exigerait la disparition de la capsule (lorsque par hasard à cet âge elle se résorbe), devenue en cette circonstance beaucoup plus dense, plus serrée, plus coriace, plus opaque qu'elle ne l'était au début de la vie ; puis encore par suite de la disposition plus marquée qu'ont à s'enflammer, en cette occurrence, les parties diverses qui entrent dans la composition de l'œil, et, finalement, en raison des nombreuses adhérences qui toujours à cet âge soudent la capsule du cristallin à l'iris, et qui, pour être détruites avec l'aiguille, demanderaient des manœuvres longues, difficiles, et dont la terminaison est trop souvent, quoi qu'on en dise, funeste au malade, etc., etc., c'est à la méthode de l'extraction que nous avons cru devoir recourir pour ces malades adultes qui sont venus réclamer notre assistance.

Voici, à cet égard, les modifications bien simples que nous avons apportées au manuel opératoire ordinaire, et que nous semblait nécessiter ce cas spécial : Après avoir fait l'incision d'après les préceptes de Wenzel, j'introduisis entre les lambeaux de ma section l'aiguille en or du chirurgien que nous venons de nommer, et je fus déchirer la capsule ; mais alors, au lieu de provoquer la sortie du cristallin, que je savais ne pas exister, tentatives qui n'auraient, en dernière analyse, amené que la rupture de la hyaloïde et la sortie de l'humeur vitrée, je fis succéder immédiatement à cet instrument une pince fixe à branches effilées, au moyen de laquelle je fus saisir et j'attirai très-facilement au dehors la capsule en entier.

Voici en quelques mots le résumé des propositions émises dans ce second mémoire : Appelé à donner nos soins à un aveugle-né, nous choisirions l'âge d'un à deux ans, et nous l'opérerions par la méthode de la kératonixis ; et devant traiter un adulte dans cette condition supposée, ce serait à la méthode de l'extraction que nous donnerions la préférence.

DU RÉTABLISSEMENT DU CANAL NASAL AU MOYEN DU TROIS-QUARTS DANS LES CAS D'OBLITÉRATIONS OSSEUSES ;

Par le docteur A. Guépin, de Nantes.

Au mois de janvier dernier, MM. Bertaud et Toumelec, étudiants en médecine, m'amenèrent un jeune Italien, ancien élève au séminaire de Nantes, qui était atteint de fistule lacrymale à l'œil gauche. Trouvant que le canal nasal était oblitéré complètement, puisque je ne pouvais y introduire un stylet très-fin, je pris un trois-quarts légèrement courbe que j'avais fait faire pour tenter l'opération de Laugier (l'ouverture du sinus maxillaire), et je rétablis immédiatement le canal nasal. L'os cria sous l'action du trois-quarts : le sang coula par le nez ; mais l'instrument pénétra sans trop de douleur et rétablit la voie naturelle des larmes. Pendant les douze jours qui ont suivi l'opération, j'ai maintenu dans le canal une tige en plomb d'un diamètre égal, puis supérieur à celui du trois-quarts. Chaque jour je l'ai retiré pour faire des injections avec une solution de nitrate d'argent, et j'ai supprimé la bougie en plomb lorsque le sac lacrymal ne suppurait plus et paraissait à l'état normal. Voilà bientôt cinq mois que la guérison semble complète.

Vers la même époque, un cas analogue s'est présenté chez une femme des Hauts-Pavés, à Nantes, nommée Lacraux : je l'ai opérée et soignée de la même manière, et j'ai obtenu le même résultat. Depuis lors, tout récemment, je me suis encore servi du même moyen chez la nièce de M. de la Roche-Billieu, à Nantes, et j'ai eu lieu de m'en applaudir.

Les deux premiers faits m'ont conduit à faciliter l'introduction d'un séton de plomb, dans les cas ordinaires de fistule et de tumeur lacrymales, par l'introduction préalable de mon trois-quarts : je m'en suis servi déjà plusieurs fois dans ce but, et j'ai pu, par suite, faire entrer, dès le premier jour, dans le canal nasal, des bougies métalliques d'un gros diamètre, de manière à hâter la cure de la maladie.

Je croyais avoir fait une innovation, et je me félicitais déjà de ce petit progrès, lorsque j'ai retrouvé dans la *Clinique* de Dupuytren deux exemples d'oblitérations osseuses du canal nasal guéries par l'emploi d'un trois-quarts coudé. J'ai lu depuis dans le *Traité pratique d'Ophthalmologie* de M. Chelius (t. II, p. 71), que Jurine « perforait avec « un trois-quarts muni d'un œillet, avec lequel il ouvrait le sac lacry- « mal, le canal nasal, et conduisait à travers la canule et l'œillet du « trois-quarts une sonde aiguillée en or, munie d'un fil de soie. »

J'ajouterai à cette note que je préfère maintenant les bougies en étain pur aux tiges en plomb et en argent dont je faisais antérieurement usage. Les bougies en étain conservent mieux leur surface nette que les tiges de plomb et d'argent; elles sont plus fermes que les premières, moins résistantes, moins dures et moins coûteuses que les secondes.

Ware (*Remarks on the fistula lacrymalis*, London, 1792) et Scarpa (*Traité des principales maladies des yeux*, trad. de Fournier et Pesçay, Paris, 1821) sont les premiers qui se soient servis d'un cylindre de plomb pour obtenir la dilatation du canal nasal. Leur conduite a été imitée par un grand nombre de chirurgiens; et si cette méthode n'est pas plus généralement adoptée, il faut l'attribuer à ce que l'on néglige le plus ordinairement de recourir en même temps aux injections, et, dans certains cas, à la cautérisation et au traitement général lorsqu'il est indiqué; d'où des insuccès.

Nous savons par M. Neiss (*De Fistula et Polypo sacci lacrymalis*, Bonnae, 1822) que M. de Walther est d'avis que le traitement par la dilatation ne peut être terminé en moins de trois mois, et que souvent il en faut six. Je suis loin d'avoir ainsi prolongé le traitement jusqu'à ce jour; et cependant je n'ai pas observé de récidive. Je suis donc porté à conclure que l'on a exagéré les chances de rechute, et que c'est le plus souvent sans nécessité que l'on a ainsi prolongé le traitement. M. Rosas (1), par exemple, craint tellement les récidives, qu'après avoir fait usage pendant six à douze semaines de cordes à boyau, il fait encore continuer pendant trois à six mois, et même un an, à porter des clous d'argent ou de plomb, et nettoyer tous les deux jours le canal avec des injections. Lorsqu'il ne craint plus autant les rechutes, il ne replace le clou que tous les deux ou trois jours, et dans les intervalles il maintient l'ouverture externe béante à l'aide de mèches.

Je suis loin de rejeter les précautions; mais il me semble que M. Rosas les a exagérées, et que leur prolongation, telle qu'il la recommande, doit, à quelques rares exceptions près, être inutile.

La durée du traitement par la dilatation recommandée par des hommes comme MM. de Walther, Rosas, Chelius, etc., effraie les praticiens, et fait qu'ils n'ont point recours à cette méthode. C'est donc leur rendre un service que de leur montrer que cette continuation de soins, le plus souvent impossible dans la clientèle, forme non pas la règle, mais la très-rare exception.

(1) *Traité* de M. Chelius, p. 73.

INSTITUT OPHTHALMIQUE DE BRUXELLES.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE M. LE DOCTEUR CUNIER, PENDANT L'ANNÉE 1844;

Par le docteur A. S. De Abrêu, de Sabarà (Brésil).

L'Institut ophthalmique de Bruxelles a été ouvert le 1er juillet 1840. Les bénéfices que la classe pauvre du Brabant a retirés de cette institution sont connus par les comptes rendus qui ont été publiés, à diverses reprises, tant dans le *Bulletin médical belge* que dans les *Annales d'Oculistique* et plusieurs journaux de médecine français et allemands. Depuis le 1er juillet 1840 jusqu'au 31 décembre 1844, le nombre des malheureux qui ont reçu les soins gratuits de M. Cunier s'est élevé à 7,019. Il résulte des notices dont je viens de parler, et de la compulsion du registre des con-consultations, que plus de 500 aveugles ont récupéré la vue dans l'espace de quatre ans et demi!... Et il est hors de doute que le chiffre des bienfaits aurait été infiniment plus élevé si l'autorité fût venue d'une manière plus efficace au secours d'une institution à la fois si utile et si nécessaire. Je forme des vœux sincères pour que le conseil provincial du Brabant en reconnaisse toute l'importance et imite la conduite tenue dans une autre province (le Hainaut), où l'on a mis à la disposition de M. le docteur Stiévenart les moyens convenables. L'humanité et la caisse des administrations communales y trouveraient leur compte.

On ne pourra en aucune façon révoquer en doute cette vérité, lorsqu'on verra, dans la notice qui va suivre, les résultats importants réalisés avec des ressources insignifiantes. De toutes les provinces de la Belgique, le Brabant est celle où les maladies des yeux s'observent avec le plus de fréquence; la mission accomplie l'an dernier par M. Cunier ne l'a que trop démontré. Sur quelles considérations pourrait-on désormais s'appuyer pour ajourner plus longtemps des mesures qui soustrairaient à la misère et à la souffrance tant de malheureux appartenant à la classe nécessiteuse, qui fait l'objet constant de la sollicitude éclairée du digne chef de l'administration provinciale et de MM. les députés au conseil de la province?

J'indique dans le tableau suivant la nature et le chiffre des maladies traitées pendant l'année 1844, et les résultats obtenus.

DÉSIGNATION DES MALADIES.	NOMBRE DE MALADES: Survenus depuis le 1er janvier 1844.	Dont l'état a seulement été amélioré, ou ne s'étant plus représentés.	Guéris.	Restant sous traitement au 31 décembre 1844.
Ophthalmie catarrhale.	45	3	39	3
» d'Égypte.	17	1	15	1
» des nouveau-nés.	10	»	10	»
» blennorrhagique.	5	1	4	»
» rhumatismale.	15	2	10	3
» scrofuleuse.	141	20	109	12
» morbilleuse.	2	»	2	»
Ophthalmite.	5	3	1	1
Choroïdite.	6	2	1	3
Glaucôme.	10	7	»	3
Iritis rhumatismale.	2	1	»	1
» syphilitique.	11	2	7	2
Descemétite.	3	1	2	»
Hypolympha.	3	1	2	»
Pannus vasculaire.	41	15	24	2
» celluleux.	17	2	10	5
» charnu.	1	1	»	»
Blépharite granuleuse.	19	8	8	3
» ciliaire ulcérée.	24	6	17	1
» sénile.	2	2	»	»
Albugo.	18	6	12	»
Occlusion pupillaire.	4	»	4	»
Cornée conique.	6	6	»	»
Staphylôme opaque.	15	»	15	»
Taies.	9	7	2	»
Tumeur lacrymale.	2	»	2	»
Fistule lacrymale.	5	»	4	1
Entropion.	21	2	18	1
Ectropion.	4	1	3	»
A reporter	463	100	321	42

DÉSIGNATION DES MALADIES.	NOMBRE DE MALADES			
	Survenus depuis le 1er janvier 1844.	Dont l'état a seulement été amélioré, ou ne s'étant plus représentés.	Guéris.	Restant sous traitement au 31 décembre 1844.
Report.	463	100	321	42
Trichiasis.	5	1	4	»
Symblépharon postérieur.	2	»	2	»
» antérieur.	1	»	1	»
Incrustations dans la cornée.	20	4	16	»
Corps étranger dans la cornée.	21	»	21	»
» » » l'œil.	3	»	3	»
Brûlure de l'œil par de la chaux.	5	1	3	1
» » » du fer incandescent.	1	»	1	»
Cataracte.	81	17	64	»
» capsulaire secondaire.	6	»	3	3
Amaurose.	19	7	8	4
Paralysie de la 3me paire.	2	»	2	»
Mydriase.	2	»	2	»
Strabisme convergent.	58	10	48	»
» divergent.	5	1	4	»
Microphthalmie.	2	2	»	»
Ptérygion.	1	»	1	»
Épanchement sanguin sous-conjonctival.	1	»	1	»
Tumeur enkystée des paupières.	15	3	12	»
» » de l'orbite.	1	»	1	»
Mélanose de la caroncule lacrymale.	1	»	1	»
Affections indéterminées.	26	26	»	»
Totaux.	741	172	519	50

Ainsi, le nombre de guérisons a été de 519. Ce résultat est des plus satisfaisants, lorsque l'on considère la difficulté de traiter convenablement des malades qui ne se présentent pas toujours régulièrement aux visites, et qui viennent souvent de 2, 4, et même 30 et 40 lieues de Bruxelles, et que l'on ne peut assujettir à suivre

toutes les précautions désirables d'hygiène et de régime. La plupart des malades désignés comme ne s'étant plus représentés (172) doivent être considérés comme ayant éprouvé une grande amélioration, ou comme guéris. L'observation de M. Kranichfeld (1), à la polyclinique ophthalmiatrique de l'Université de Berlin, est ici applicable : « *Aegrotantes, quibus policlinice medendum, curam rarius ad finem usque — e quibus rationibus haud difficile est intellectu — sustinent ; malo potius quodammodo emendato negligunt eam atque sanitate feliciter restituta medicis observantibus non amplius se offerunt. Hanc ob causan magna pars eorum, qui recesserunt, consideranda est, ut experientia assidua docet, sanata.* »

Des faits de la nature de celui que je vais rapporter sont parfois observés : Un malade se présente en janvier 1843 pour une ophthalmie catarrhale aiguë ; on lui prescrit une saignée, un purgatif salin, des instillations avec une solution de nitrate d'argent : il éprouve une amélioration notable. On ne le voit plus paraître à la consultation jusqu'au 29 mai 1844. Son affection est alors passée à l'état chronique : des granulations recouvrent la conjonctive des quatre paupières, la cornée est vascularisée dans son segment supérieur ; il y a sécrétion muco-purulente. M. Cunier cautérise les quatre paupières, prescrit une solution de nitrate d'argent pour instillations, une pommade au précipité rouge pour oindre les paupières. — Le malade se représente le 10 juin : la vascularisation des cornées est considérablement diminuée, les granulations ne sécrètent plus, ont en partie disparu. Nouvelle cautérisation : continuer les mêmes moyens ; se purger de temps en temps avec ℥j sulfate de magnésie et gr. j tartre stibié, à prendre le matin à jeun dans un verre d'eau. —Il ne revient que le 25 juin. L'amélioration a continué, les cornées sont nettes. — A partir de cette époque, on ne l'a plus revu, bien que l'on ait cherché par tous les moyens possibles à lui faire comprendre qu'il était nécessaire de continuer le traitement, s'il voulait échapper à une rechute certaine. Les granulations des paupières supérieures étaient à cette époque loin d'être détruites !... On verra quelque jour ce malheureux, devenu aveugle, venir de nouveau chercher du secours à l'Institut.

(1) Conspectus publicus morborum ophthalmicorum qui moderatore F.G.G. Kranichfeld in Instituto policlinico-ophthalmiatrico Universitatis regiae Fridericae Guilelmae ab anno MDCCCXXX usque ad annum MDCCCXLII ractati et sanati eorumque aegrotorum qui, medela frustrata, dimissi sunt, vel recesserunt. Berolini, 1842, p. 22.

Je n'entreprendrai pas de donner ici un historique détaillé de tout ce que nous avons observé pendant 1844; j'esquisserai seulement à larges traits les généralités, m'arrêtant aux particularités dignes de fixer l'attention.

Les ophthalmies catarrhales, à peu d'exceptions près, se sont montrées fort bénignes. Quelques-unes nous sont arrivées à l'état de purulence. Elles ont été traitées avec un franc succès par les instillations d'une solution de nitrate d'argent, les révulsifs dermatiques et intestinaux; rarement il a été nécessaire de recourir aux évacuations sanguines générales ou locales. La plus grande partie de ces malades était des maçons, des tailleurs de pierres, ou des campagnards. Nous avons réussi le plus ordinairement à faire qu'ils se présentassent jusqu'à la guérison complète de la granulation conjonctivale, lorsqu'elle est survenue comme forme chronique du mal.

Les 17 cas d'ophthalmie égyptienne nous ont été, à sept exceptions près, fournis par des soldats congédiés; c'étaient des récrudescences du mal dont ils avaient souffert étant au service : tous nous ont déclaré qu'ils en étaient entièrement débarrassés au moment de leur libération ou de leur mise à la pension. Deux appartenaient à la garde de sûreté de Bruxelles et avaient servi antérieurement dans l'armée. Quatre étaient aveugles depuis plusieurs années. Nous avons noté deux cas de transmission du mal à des membres de la famille du malade. Un tailleur de pierres, congédié depuis trois ans, a contracté une récrudescence par suite de l'introduction d'un corps étranger entre les paupières, et a communiqué son mal à trois des ouvriers qui couchaient dans la même chambre que lui. Deux semblables cas de transmission se sont présentés parmi les ouvriers de M. Bertrand, fabricant de chapeaux de paille, rue de la Madelaine, à Bruxelles.

Le nitrate d'argent a eu dans tous les cas les honneurs de la guérison. Il a été employé, soit en applications avec le pinceau, soit en instillations : on y a joint les lotions avec l'eau de Conradi, ou une solution de pierre divine. Dans presque tous les cas, il a été fait usage de purgatifs (sulfate de magnésie et émétique, calomel et jalap) à époques rapprochées. Les onctions mercurielles belladonées, pratiquées sur le font et les tempes, à des intervalles plus ou moins éloignés, selon l'intensité des symptômes; des emplâtres de Janin derrière les oreilles et à la nuque, ont rendu des services signalés.

Les saignées n'ont pas été mises en usage, malgré l'intensité que le mal offrait chez la plupart des malades.

Il a été dit plus haut que deux de ces blennorrhéiques étaient aveugles ; on ne sait ce qu'il est avenu de l'un d'entre eux que nous n'avons vu qu'une seule fois. Celui qui reste en traitement peut être considéré comme guéri de sa blépharo-blennorrhée. Nous n'avons eu à déplorer aucun accident chez les 16 malades qui ont suivi notre traitement.

Dans quelques cas d'ophthalmie catarrhale ou d'ophthalmie égyptienne, il est survenu, dans le courant de novembre, une complication rhumatismale qui a nécessité l'administration du colchique, soit en teinture, soit en extrait.

Les 19 granulés étaient aussi pour la plupart d'anciens militaires. Il résulte des informations précises que nous avons prises, que tous avaient quitté l'armée ayant les conjonctives saines, et que, sous l'influence de causes catarrhales, de l'introduction de corps étrangers entre les paupières, la blépharite s'était reproduite. Chez plusieurs il y avait sécrétion. Presque tous avaient subi de nombreuses cautérisations. Il est à déplorer que 8 d'entre ces malades ne se soient pas soumis jusqu'à la fin au traitement nécessaire ; nous n'avons rien négligé pour leur en faire comprendre la nécessité. Les cautérisations sont le plus ordinairement pratiquées, à l'Institut, avec un pinceau trempé dans une solution concentrée de nitrate d'argent cristallisé ; la pommade au précipité rouge, les révulsifs placés derrière les oreilles, les purgatifs salins ou aloétiques, le polygala sénéga, sont fréquemment employés concurremment avec la cautérisation.

Pour ce qui est des pannus vasculaires, ils étaient tous doubles, et dus, sans aucune exception, à des granulations conjonctivales : 5 étaient la suite d'ophthalmie catarrhale, 36 étaient dus à l'ophthalmie égyptienne, contractée au service (32) ou communiquée par d'anciens militaires (4). On croit généralement, mais c'est bien à tort, que le pannus vasculaire est toujours la suite de l'ophthalmie de l'armée. Je rapporterai le cas suivant pour prouver qu'il en est souvent autrement : c'est une observation qui me paraît d'ailleurs offrir un grand enseignement pratique.

Obs. — Marie Pollenus, âgée de 11 ans, de la commune de Halle, près Tirlemont, s'est présentée à la visite de M. Cunier, dans cette dernière ville, au mois de mai 1844. A cette époque, elle était aveugle depuis plus de dix-huit mois. Le 18 juin, elle arrive à Bruxelles pour y subir le traitement nécessaire. Cette jeune fille a contracté, il y a

deux ans, à la suite d'un refroidissement, une ophthalmie catarrhale qui a été traitée par un purgatif, l'application d'un vésicatoire à la nuque, et des lotions pratiquées d'abord avec l'eau froide, puis avec une eau blanche (sans doute l'eau de Goulard). La maladie n'a pas tardé à passer à l'état chronique. Peu à peu la vision a diminué, et après six mois la malade ne pouvait plus se conduire. Réduite dès lors à demeurer constamment à la maison, sa constitution s'est altérée et présente aujourd'hui un cachet scrofuleux prononcé.

Les paupières sont recouvertes de granulations végétantes. Lorsqu'on retourne la paupière supérieure, on fait saillir un énorme bourrelet qui maintient le renversement. Les cornées sont complétement envahies dans leurs 5/6e supérieurs par un lacis de vaisseaux venant de la conjonctive de la sclérotique et se perdant vers leur centre. Elles n'ont conservé un peu de leur transparence que dans une portion que l'on peut évaluer au 6e inférieur : l'opacité est plus prononcée dans le segment supérieur. Impossible de distinguer les pupilles. Il existe un blépharospasme et une photophobie considérables : la malade accuse des douleurs frontales qui s'exaspèrent surtout vers le soir. Les selles sont irrégulières.

Le bourrelet des conjonctives des paupières supérieures est retranché à l'aide de ciseaux courbes ; l'écoulement sanguin est favorisé au moyen de l'eau tiède. (Une once de sulfate de magnésie à prendre le lendemain matin à jeun ; lotionner les yeux, huit ou dix fois dans la journée, avec une solution de pierre divine (6 grains sur 4 onces d'eau distillée de belladone); pratiquer toutes les trois heures une friction douce sur le front et les tempes avec gros comme une noisette d'une pommade composée de parties égales d'onguent napolitain et d'extrait alcoolique de belladone).

Dès le lendemain, la photophobie et le blépharospasme avaient diminué; la vascularisation du globe était moindre. (Soir et matin une pilule bleue de la pharmacopée d'Édimbourg; instiller deux fois par jour entre les paupières quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent cristallisé (1 grain par gros d'eau distillée); continuer les onctions).

Le 24, il y avait une amélioration sensible : plus de photophobie ni de blépharospasme; les paupières n'étaient plus agglutinées le matin ; les cornées s'étaient éclaircies à ce point que l'on pouvait distinguer les pupilles et que le malade pouvait discerner les figures et les formes. (Une onction mercurielle belladonée soir et matin.)

Le 26 et le 28, cautérisation en bas et en haut.— Le 30, cautérisation en haut, des deux côtés.

Le 1er juillet, la malade peut se conduire ; la vascularisation diminue tous les jours. Les instillations ont été continuées. Il existe des prodromes de salivation. (Un purgatif salin; un emplâtre de Janin derrière chaque oreille ; cesser les onctions.)

Le 3, la malade est mise à l'usage du sirop d'iodure de fer, à la dose de quatre cuillerées à bouche dans la journée. A partir de cette époque, les instillations ont été cessées ; les granulations ont été poursuivies par le caustique appliqué tous les deux jours , d'abord alternativement aux paupières inférieures, puis aux paupières supérieures ; il a été introduit soir et matin entre les paupières gros comme un grain de blé d'une pommade au précipité rouge (2 grains sur un gros de cérat d'Édimbourg). Les granulations avaient à cette époque perdu leur aspect végétant.

L'iodure de fer a été continué jusqu'au 28 , pour être alors remplacé par l'extrait alcoolique de feuilles de noyer (8 grains par jour). Un régime composé de viandes rôties et grillées , de légumes cuits avec beaucoup de sel, avait été recommandé dès les premiers jours. Sous l'influence du traitement interne, la santé était redevenue excellente, la malade avait repris sa gaîeté. — Le traitement général et local a été continué jusqu'au 28 août. Il n'existait plus , à cette époque , la moindre vascularisation du globe et des cornées , qui avaient repris leur entière transparence.

Le 11 septembre, notre jeune fille a quitté Bruxelles pour retourner dans sa famille. — Elle fera usage pendant quelques semaines d'une infusion de feuilles de noyer.

— M. le curé d'Éghésée, province de Namur, a adressé à M. Cunier, le 1er juin, la femme Massez, âgée de 38 ans (nos 5323 et 5799 du registre), aveugle depuis 15 mois par suite d'un pannus vasculaire déterminé par des granulations amenées par une ophthalmie catarrhale simple. Les granulations étaient sécrétantes et assez volumineuses : il y avait de la céphalalgie habituelle. Pléthore abdominale. Les cornées étaient vascularisées au point qu'il était impossible de discerner les pupilles. (Tous les 6 jours, 5 sangsues seront appliquées à la marge de l'anus ; se purger deux fois par semaine avec une once sulfate de soude ; instiller soir et matin entre les paupières quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent cristallisé, un grain par gros d'eau distillée ; pommade au précipité rouge pour oindre les paupières deux ou trois fois dans la journée ; un bain de pieds irritant tous les

deux jours; un emplâtre de Janin derrière chaque oreille.)

Le 17, la malade voit à se conduire et à faire son ménage; elle est venue sans guide d'Éghésée à Bruxelles. Il n'y a plus de sécrétion palpébrale; les granulations ont presque entièrement disparu. Les cornées ne sont plus vascularisées, mais seulement nuageuses. (Une légère cautérisation est faite aux deux paupières supérieures : 5 sangsues au siége tous les quinze jours, dans l'intervalle des règles; pilules avec le sulfate de potasse, la gomme ammoniaque et l'aloès ; continuer les instillations, mais seulement tous les deux jours. Après quinze jours, remplacer la solution de nitrate d'argent par un collyre à la pierre divine, 2 grains par once.)

Ce fait prouve à suffisance que la cautérisation n'est pas indispensable pour obtenir la guérison du pannus dû à des granulations conjonctivales. Je pourrais citer plusieurs cas identiques (De Gueldre, journalier à Dion-Levàl; Louis Vandersmissen, de Pepinghen; Vreybos, de Malines; Parmentier, voiturier, à St-Josse-ten-Noode, 15, rue Névraumont; Jeanne Marie Heerens, de Huldenberg, etc., n°s 5237, 5501, 6881, 5121, 5303, etc., du registre, tous aveugles, guéris dans l'espace de quelques semaines); je pourrais aussi mettre ces cas en parallèle avec d'autres dans lesquels il a été fait un déplorable abus du caustique.

La pléthore abdominale que présentait la femme dont il vient d'être question a été notée chez 8 anciens militaires qui souffraient en même temps de rhumathisme chronique. Dans tous ces cas, il a été fait usage d'applications de sangsues au siége, du calomel à dose altérante, puis des aloétiques combinés avec l'extrait alcoolique de semences de colchique, des révulsifs cutanés. — Cette complication s'est montrée rebelle dans plusieurs cas, entre autres chez les nommés Gignez, soldat pensionné, rue des Cinq-Étoiles, Obino (de Woluwe-St-Lambert), Allard (de Waterloo), Rousseau (de Gembloux), etc. : les deux derniers devaient faire une dixaine de lieues, aller et retour, souvent par un temps détestable, pour venir à la consultation. Ces deux malheureux auraient certainement été débarrassés de leur affection s'ils avaient pu être admis dans un hôpital. — Allard sortait du régiment des guides, Rousseau du 10e de ligne : tous les deux avaient perdu la vue depuis qu'ils avaient été congédiés. Allard a demandé à être admis à l'hôpital militaire de Louvain d'après le conseil qui lui en avait été donné par M. Cunier; il lui a été répondu par M. le ministre de la guerre, « qu'il n'y avait pas « lieu de prendre sa demande en considération, attendu que,

« d'après les renseignements fournis par le commandant du régi-
« ment des guides, il n'avait jamais ressenti, pendant qu'il en faisait
« partie, aucune maladie d'yeux, soit grave, soit légère ; qu'il ne
« pouvait en conséquence être reçu dans ledit établissement, et
« qu'enfin, s'il se trouve aujourd'hui atteint d'une grave affection
« oculaire, ce malheur ne peut être considéré comme provenant du
« service. » (*Lettre de M. le ministre de la guerre, en date du* 12 *avril* 1844, 2e div., n° 3435/2).

M. l'inspecteur du service de santé n'a sans doute pas été consulté au sujet de ce malheureux, chez qui le mal égyptien, dont le germe avait été contracté dans les rangs de l'armée, a très-bien pu ne se développer que quelque temps après son retour dans ses foyers ; M. Vleminckx n'eût point manqué de faire reconnaître les droits d'Allard à l'obtention de la demande qu'il formulait. — Rousseau a été envoyé en convalescence pour ophthalmie le 2 juin 1834 ; il a reçu des prolongations le 16 juillet, le 15 août, le 15 septembre, le 15 octobre, le 15 novembre, le 11 décembre de la même année, ainsi que le 15 janvier, le 15 février et le 13 mars 1835 ; il a été congédié quelques mois plus tard. Il se trouvait sans doute dans un état favorable à cette époque ; mais il a depuis lors complétement perdu l'usage de l'œil droit, et l'état de son œil gauche ne lui permet plus de se livrer à sa profession de coutelier. On ne saurait nier les droits de Rousseau à une pension.

Plusieurs des 15 malades compris dans la 2e colonne ne se sont présentés qu'une ou deux fois : tels sont Geverts (Isidore), âgé de 26 ans, tisserand à Beeth, ancien soldat au 3e d'artillerie (n° 5244 du registre); Thérèse Defer, demeurant 34, rue d'Anderlecht, inscrite sous le n° 5326 ; Mertens, garde de sûreté pensionné (n° 5332 du registre) ; De Paauw (n° 5231), ancien caporal aux carabiniers du 1er bataillon du 3e chasseurs à pied ; Elisabeth Van Eyck, couturière, rue Haute, n° 337, à qui son frère, soldat au 4e de ligne, avait communiqué l'ophthalmie militaire (le frère Henry, âgé de 6 ans, était affecté de granulations sécrétantes) ; Duvillers (Léonard), n° 6823, etc., etc.

Le seul cas de pannus charnu qui s'est offert a été traité par l'inoculation de la matière d'une ophthalmie égyptienne ; il a été ainsi donné naissance à une violente blepharo-blennorhée qui a exigé un traitement énergique. Le malade a considérablement souffert sans en retirer le moindre bénéfice. La cécité datait de plus de 10 ans,

et tous les moyens possibles avaient été vainement essayés dans divers hôpitaux et à l'Institut.

Dans les 10 cas d'ophthalmie des nouveau-nés, nous avons noté que la mère était leucorrhéique, que l'écoulement était fort abondant, que la présentation avait eu lieu par la face et que la tête était restée engagée pendant longtemps. Nous avons donc eu affaire à l'ophthalmie que M. Cunier (*Ann. d'Oculist.*, vol. III, p. 215) a dénommée *ophthalmie leucorrhéique des nouveau-nés.* — Le mal, négligé depuis six semaines chez deux petits malades, avait déjà déterminé des lésions irréparables à un œil lorsqu'ils nous ont été présentés. — Le traitement a consisté en instillations de nitrate d'argent, deux, trois et même quatre fois dans la journée : lotionner à tous les moments avec une solution de pierre divine ; onctions mercurielles belladonées ; emplâtre de Janin derrière les oreilles ; pommade rouge pour prévenir l'agglutination des paupières. La dose du nitrate d'argent n'a jamais été élevée à plus de 4 gr. par once d'eau distillée. Quelque abondant que fût l'écoulement, nous l'avons toujours vu céder dans l'intervalle de trois à quatre jours. — Nous avons observé un cas de transmission de la blennorrhée à la bonne qui soignait ordinairement l'enfant.

L'ophthalmie blennorrhagique a été traitée par la cautérisation des conjonctives, les instillations avec la solution argentique : on y a associé la saignée générale chez un malade ; chez les 4 autres, les applications de sangsues derrière les oreilles. Chez tous, il a été fait usage des purgatifs salins alternés avec ceux au calomel. Le copahu n'a été donné que longtemps après la guérison du mal oculaire. — Un ouvrier boulanger ne s'est présenté que trois fois ; il n'était pas guéri, loin de là, lorsque nos dernières prescriptions ont été faites.

Une circonstance sur laquelle M. Cunier a appelé notre attention, c'est que chez tous les malades il s'est manifesté, en coïncidence avec la cessation de la blennorrhée oculaire, une violente arthrite du genou gauche, qui a due être combattue par les saignées locales, les onctions mercurielles belladonées, l'émétique ou le colchique à l'intérieur. Un de ces malades, ouvrier tailleur, est entré à l'hôpital St-Jean, où M. Uytterhoeven a dû employer le vésicatoire. Cette coïncidence s'observe à Bruxelles dans la proportion de 7 fois sur 10. Je ne pense pas qu'elle ait jamais été signalée. Il a y trois ans que M. Cunier l'a observée pour la première fois chez un malade pour lequel il appela en consultation MM. les docteurs Hairion et Thibou,

et qu'il avait traité antérieurement avec MM. les docteurs Demoor, père et fils, d'Alost. Jamais il ne l'avait rencontrée antérieurement. Elle survient indistinctement chez ceux qui ont pris ou n'ont pas pris le calomel.

Les ophthalmies rhumatismales et les ophthalmies morbilleuses n'ont rien présenté de remarquable. — Les premières ont surtout été observées à l'arrière-saison. Quelques-unes ont été traitées avec succès par le nitrate de potasse à haute dose ; le colchique en extrait ou en teinture a été mis en usage chez les autres. Dans aucun cas il n'a été fait usage des saignées générales; mais souvent on a eu recours aux applications de sangsues au siége.— Les ventouses sèches, les pédiluves, les révulsifs entre les épaules et à la nuque, les onctions avec l'onguent napolitain belladoné, additionné de laudanum de Rousseau, les lotions avec un collyre laudanisé, ont formé le complément des moyens employés.

Voici quelle a été, en général, la thérapeutique dirigée contre les ophthalmies scrofuleuses :

1° Purger les enfants avec le sirop de rhubarbe, les adultes avec le sulfate de magnésie.

2° Le lendemain de la purgation, faire prendre d'heure en heure, jusqu'à prodromes de salivation, une des poudres suivantes :

Pour l'adulte. Calomel gr. xij ; soufre doré d'antimoine, gr. iij ; poudre de sucre blanc ʒj. Pour faire douze poudres égales.

Pour les enfants de 8 à 15 ans, 1/2 dose.

Pour les enfants au-dessous de 8 ans, 1/3 ou 1/4 dose.

3° Pratiquer à des intervalles plus ou moins rapprochés (ainsi d'heure en heure, de 2 en 2 heures, 4, 3 ou 2 fois par jour), en raison de l'intensité de la photophobie et du blépharospasme, une onction douce sur le front et les tempes avec gros comme une noisette d'une pommade composée d'onguent napolitain et extrait alcoolique de belladone, de chaque parties égales.

4° Dès le second jour du traitement, appliquer derrière chaque oreille un emplâtre de Janin à laisser à demeure jusqu'à chute spontanée.

5° Pour nourriture, viandes blanches, légumes verts. Abstinence absolue de pommes de terre, lait, beurre, pâtisseries. Pour boisson, bière brune.

6° Les malades doivent se tenir dans un appartement sec, bien aéré, et nullement obscurci. — Lorsque c'est indispensable, abriter les yeux au moyen d'une visière ou d'une compresse flottante.

Lorsque les prodromes de salivation commencent à se manifester, les symptômes s'amendent ordinairement, quelque violents que soient la photophobie et le blépharospasme.— S'il en est autrement, on revient aux mercuriaux après un ou deux jours. Les pilules bleues de la pharmacopée d'Édimbourg sont alors préférables, en ce qu'elles peuvent être données sans provoquer aussi promptement la salivation.

Les onctions mercurielles belladonées sont éloignées en raison de la décroissance de la photophobie.

Dès que la photophobie est en voie de cesser, le traitement antiscrofuleux général est institué. M. Cunier donne la préférence au sirop d'iodure de fer (1), que les enfants prennent à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour, et dont on donne 3 à 4 et 5 cuillerées à bouche aux adultes.

L'infusion de feuilles de noyer, qui constitue un moyen que les campagnards peuvent se procurer sans frais, a été ordonnée un très-grand nombre de fois ; nous en avons retiré les meilleurs effets. L'extrait alcoolique de feuilles de noyer a été fréquemment prescrit : c'est un antiscrofuleux digne des éloges qui lui ont été donnés en France et en Allemagne.

Nous nous sommes assez bien trouvés de l'usage de la tisane de houblon, que tous les habitants de la campagne, aux environs de Bruxelles, ont sous la main.

Les bains avec le sel marin (1 à 5 kilog. par bain, selon l'âge des malades) sont prescrits par M. Cunier toutes les fois que la température et l'état de la bourse des patients le permettent. Il est excessivement rare qu'ils ne puissent être supportés. Dans sa clientèle, M. Cunier se sert de préférence du sel de Kreutznach, dont on connaît toute l'efficacité. L'action des bains salins est infiniment supérieure à celle des bains avec les espèces aromatiques, vantés par M. Stœber.

Dès l'emploi des remèdes antiscrofuleux, l'alimentation doit être plus tonique : ainsi viandes rôties et grillées (quand c'est possible chez des pauvres) ; légumes accommodés au gras et avec beaucoup de sel ; tisane de houblon ou bière houblonnée pour boisson.

Les révulsifs sont surtout nécessaires dans les cas de photophobie intense. M. Cunier se sert de préférence de l'emplâtre de Janin qui est laissé à demeure jusqu'à chute spontanée. Il en fait appliquer,

(1) Ce sirop est préparé avec 5 grammes d'iodure de fer sur 500 grammes de sucre. Il contient donc 5 grains d'iodure de fer par once.

dès le début du traitement, derrière chaque oreille : lorsqu'on le juge utile, on en place ensuite à la nuque, sur les bras. Il est toujours bon de continuer à se servir de ces emplâtres après la cessation de la photophobie.

Les cataplasmes et la décoction des tiges et des feuilles de pommes de terre, l'infusion et les cataplasmes de cerfeuil, employés froids, ont été utilisés chez quelques rares malades qui ne pouvaient se procurer de la belladone. Leur effet contre la photophobie a paru assez marqué : il est loin toutefois d'approcher de celui de la belladone.

Le traitement local n'est point banni par M. Cunier ; mais il n'y attache, dans la majorité des cas, qu'une importance tout à fait secondaire. Lorsque les bords palpébraux sont excoriés, enflammés, la pommade rouge peut être employée. Les ulcérations si fréquentes de la cornée guérissent généralement sans moyens locaux : je dirai cependant que j'ai vu un assez bon nombre de fois la pommade rouge à l'huile de foie de morue (1), la pommade au cyanure de zinc (2) agir très-favorablement.

Dans la complication catarrhale, il faut, lorsqu'il y a des pustules à cheval sur l'union scléro-cornéale, recourir à des instillations avec le nitrate d'argent en solution (1 à 3 gr. par ℥j) ; dans les cas légers, avec une solution de sulfate de zinc (gr. 2 à 3 par ℥j), de sulfate de cuivre, de pierre divine (gr. 1/2 à 3 par ℥j), etc.

L'usage de la pommade rouge est indispensable toutes les fois que les paupières sont agglutinées le matin.

Pendant le courant de septembre et d'octobre, la complication rhumatismale, qui ne s'observe à Bruxelles que 1 fois sur 30 environ, s'est présentée dans la plupart des cas d'ophthalmie scrofuleuse. Elle a toujours cédé avec promptitude au colchique. Les révulsifs intestinaux et dermatiques ont dû être alors plus généralement mis en usage.

Les nuages, les taies, les épanchements consécutifs aux kératites, ont été traités avec succès par l'introduction entre les paupières de la pommade rouge à l'huile de foie de morue, de la pommade au cyanure de zinc, de l'huile de foie de morue.

(1) M. Jans en a donné récemment la formule dans les *Annales d'Oculistique*, vol. XIII, p. 25 ; la voici : Précipité rouge, 4 grains ; huile de foie de morue, 1 gros ; cérat d'Edimbourg, 2 scrupules.

(2) Voir le mémoire de M. Cunier sur l'emploi de quelques combinaisons du cyanogène dans le traitement des maladies des yeux, *Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 62.

Je dois dire que chez quelques enfants, qui ne voulaient point prendre les poudres, nous avons eu recours avec succès au muriate de baryte, selon la méthode du docteur Payan (*Ann. d'Ocul.*, 3e vol. supp., p. 138).

Un cas de photophobie scrofuleuse, qui s'était montré rebelle durant cinq mois à tous les remèdes prescrits, a cédé à l'extrait de ciguë donné à l'intérieur, à doses progressives.

La conéine a aussi été employée à trois reprises différentes ; on en joignait 2 à 3 gouttes à une potion de quatre onces avec le muriate de baryte. Ce mélange réussit surtout chez les jeunes filles, vers l'époque de la puberté.

Les pannus celluleux, suite d'ophthalmie scrofuleuse, ont été combattus par le traitement général et l'introduction entre les paupières de la pommade rouge à l'huile de foie de morue, ou bien de la pommade au cyanure zincique.

Les résultats que nous avons obtenus dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse ont été on ne saurait plus brillants. On en jugera par l'exposé suivant :

Sur nos 141 malades,

10	souffraient depuis plus de 15 mois,			
9	»	»	»	d'un an,
27	»	»	»	de six mois,
30	»	»	»	de trois mois,
33	»	»	»	de six semaines,
20	»	»	»	de quinze jours,
12	seulement étaient affectés depuis quelques jours.			

Dans 69 cas, il y avait ulcération de la cornée ; dans 17, des phlyctènes. 6 malades nous sont arrivés avec des perforations de la cornée et des hernies de l'iris ; nous avons obtenu 3 fois la rentrée de la hernie, par la méthode de M. Desmarres (*Ann. d'Oc.*, 3e vol. suppl., p. 156) : 3 de ces malades ont été portés dans la 2e colonne du tableau, avec 5 autres dont une cornée était détruite lorsqu'ils nous sont venus. Il n'y a donc, en somme, que 12 malades qui n'aient pas complétement été soumis à notre médication.

Nous n'avons eu à déplorer aucun accident. 5 malades seulement ont conservé des taies apportant quelque obstacle à la vision ; mais la modification qui s'est déjà opérée permet d'espérer que leur état s'améliorera considérablement encore.

Les rechutes ont été dans la proportion de 1 sur 18 malades : il faut rapporter leur peu de fréquence aux soins qu'apporte M. Cunier à

faire continuer les moyens généraux le plus longtemps possible après la disparition de l'ophthalmie.

Voici quelques renseignements statistiques que je crois utile de donner :

	53	malades avaient	de 20 mois à 6 ans,	31 filles,	22 garç.
	29	» »	de 6 ans à 8 »	20 »	9 »
	36	» »	de 8 » à 16 »	27 »	9 »
	16	» »	de 16 » à 20 »	12 »	4 »
	7	» »	de 20 » et plus,	5 »	2 »
Totaux	141			95 filles,	46 garçs.

Il a été noté qu'il avait existé, ou qu'il existait encore :

des engorgements glanduleux,	31 fois
des teignes impétigineuses,	8 »
des ulcères scrofuleux,	9 »
des tumeurs blanches des articulations,	5 »
un coryza habituel,	17 »
tuméfaction du nez et de la lèvre sup.	52 »

Sur 5 cas d'ophthalmite, 3 étaient phlébitiques et se sont terminées par la perte de l'œil ; les sujets affectés étaient des femmes atteintes de métro-péritonite puerpérale : l'une d'elles est morte. M. Cunier n'a vu ces malheureuses qu'au moment de la rupture du globe.

Dans les deux autres cas, l'ophthalmite était le résultat de blessures faites par des instruments piquants (une alêne de cordonnier, une aiguille à remailler). Bien que déjà il y eût exophthalmie, la saignée générale, les applications de sangsues derrière les oreilles, le calomel donné jusqu'à salivation , les onctions mercurielles belladonées, ont conjuré les accidents. Chez le malade qui reste en traitement, la capsule du globe a été ouverte avec les ciseaux pour donner issue au pus formé; la guérison est assurée.

Tout ce que nous pourrions dire de la choroïdite et du glaucôme vient à l'appui des opinions professées par M. Sichel. Le traitement mis en usage par M. Cunier est celui indiqué par son savant ami de Paris. — Les onctions avec l'huile essentielle d'amandes amères ont toujours paru avantageuses pour calmer la névralgie circum-orbitair e ouoculo-circum-orbitaire.

Deux iritis syphilitiques étaient chroniques et pseudomembraneuses; les mercuriaux ont été employés, puis les vésicatoires volants, le cyanure d'or : le tout sans le moindre résultat.—Le calomel

jusqu'à salivation, les onctions mercurielles belladonées, quelques sangsues appliquées derrière les oreilles, ont toujours triomphé des symptômes inflammatoires ; l'iodure de potassium a alors été mis en usage. 2 malades conserveront de légères adhérences qui ne gênent nullement la vision.

1 descemétite avait déjà déterminé une perte presque complète de la transparence de la cornée lorsqu'elle est venue en traitement ; la malade, Decoster (Marie Josephe) de Campenhout, a été guérie complétement. En décembre, elle a éprouvé une rechute qui a laissé, du côté droit, des lésions auxquelles il ne pourra être remédié. Deux autres fois le traitement a été couronné d'un succès entier. Dans les trois cas, le traitement ordinaire de l'ophthalmie scrofuleuse a été institué, à cause de la nature du mal.

Sur 3 cas d'hypolympha, 1 seul s'est terminé par la perte de l'œil ; la rupture de la cornée ne pouvait plus être évitée lorsque la malade s'est présentée. Les deux autres patients avaient été envoyés à l'Institut par MM. les docteurs de Locht, de Woluwe-Saint-Etienne, et de Lantsheere, d'Assche. Quoique l'épanchement remplît plus de la moitié de la chambre antérieure, il a cédé à l'administration du calomel uni au polygala, aux onctions mercurielles et aux révulsifs : une application de sangsues au siége avait précédé. — Mon compatriote, M. le docteur R. F. de Mattos a déjà exposé la thérapeutique de M. Cunier dans cette affection (voir *Ann. d'Oculist.*, vol. X, p. 130).

17 blépharites ciliaires ulcérées ont été traitées par l'arrachement des cils, la cautérisation et la pommade rouge (voir, pour cette méthode, *Ann. d'Oculist.*, vol. VII, p. 207) ; les antiscrofuleux ont été donnés dans tous les cas : 6 n'ont pas voulu se soumettre à l'arrachement, et nous considérons leur cure comme palliative ; ils figurent dans la 2e colonne.

Sur 8 amauroses guéries, 4 étaient presbytiques, les 4 autres congestives.— Le progrès du mal n'a pu être arrêté dans un cas de la nature de ces dernières : la cécité était totale depuis deux et trois ans chez 6 autres. 4 amauroses par presbytie restent en traitement.

Les deux paralysies de la 3e paire étaient de nature rhumatismale.

Dans les deux cas observés, la mydriase était la suite de névralgie des rameaux du trijumeau : les purgatifs, les révulsifs cutanés, puis

la noix vomique, selon la recommandation de M. le docteur Roelands, de Rotterdam, ont triomphé de l'affection.

2 taies seulement sur 9 ont disparu : dans les autres cas, le mal était trop ancien, ou la cure a été abandonnée trop tôt.

Une brûlure de l'œil par de la chaux vive a laissé à sa suite un albugo central très-prononcé. Les autres brûlures étaient légères et n'ont laissé aucune trace.

Un morceau de fer en ignition avait atteint la conjonctive scléroticale et la sclérotique elle-même. Un traitement antiphlogistique a prévenu les accidents.

M. Cunier a déjà parlé (*Ann. d'Oc.*, vol. XIII, liv. 1) des deux cas de microphthalmie observés.

L'épanchement sanguin sous-conjonctival était la suite d'un violent accès de toux, chez une petite fille affectée de coqueluche. L'assa fœtida, conseillée par M. Rieken (*Journ. de la Société des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1843), a prévenu le retour des quintes de toux; l'eau de Goulard a amené promptement la disparition de l'épanchement sanguin.

Les 26 cas d'affections indéterminées comprennent 10 fontes et 7 atrophies du globe; les 9 autres sont des malades qui ne se sont présentés qu'une fois : ce sont des cécités dont le diagnostic était douteux pour moi, et que je n'ai pas voulu inscrire avant que M. Cunier, absent alors, les eût vues.

Il me reste maintenant à parler des opérations qui ont été pratiquées. En voici le chiffre :

99 opérations de cataracte.
3 » de cataracte capsulaire secondaire.
16 » de pupille artificielle.
15 amputations partielles du globe de l'œil.
7 opérations de fistule lacrymale.
25 » d'entropion.
3 » d'ectropion.
4 » de trichiasis.
3 » de symblépharon.
19 abrasions de la cornée.
21 extractions de corps étrangers fixés dans la cornée.
3 » » » » introduits dans l'œil.
63 opérations de strabisme.
2 » » » artificiel.

12 extirpations de tumeur enkystée des paupières.
1 » » » de l'orbite.
1 » de la caroncule lacrymale.
1 opération de ptérygion.
6 prothèses oculaires.

304 opérations, non comprises les excisions et scarifications conjonctivales, les cautérisations, etc.

Dans la thèse que j'ai défendue à la Faculté de médecine d'Erlangen (1), et qui a été reproduite dans les *Annales d'Oculistique*, (vol. XI, août 1844), j'ai longuement traité de la pratique de M. Cunier dans l'opération de la cataracte. J'ai en même temps fait connaître les résultats obtenus pendant les deux premiers trimestres; j'ai exposé alors que sur 68 opérations par dépression-réclinaison, il avait été obtenu 58 succès complets, 7 demi-succès, 3 insuccès. Il avait en outre été pratiqué 9 extractions dont 7 ayant amené le retour d'une bonne vision, 1 suivie de cataracte secondaire, 1 de destruction du globe. Cette dernière avait été instituée pour extraire un cristallin passé dans la chambre antérieure et qui déjà avait déterminé une affection grave de l'iris et de la cornée. Il avait aussi été fait 5 kératonyxies, sur 3 sujets : 1 enfant opéré des 2 yeux est resté aveugle, et il faudra revenir à l'opération par un autre procédé; 1 autre opération n'a pas fourni de résultat plus avantageux. Deux fois la réussite a été passable : les deux malades y voient assez pour se conduire. Des complications rhumatismales ont forcé de recourir à ce procédé, le seul qui pût être mis en usage.

11 opérations ont été pratiquées pendant le troisième trimestre; pendant le quatrième, les variations de température, le mauvais état de la santé de M. Cunier, ont fait que six fois seulement l'opération a été instituée.

Ces dix-sept opérations sont ainsi réparties :
1 extraction,
1 kératonyxie,
15 réclinaisons-dépressions.

Il n'y a eu qu'un seul insuccès : la femme d'un maître d'école d'Etterbeek, après y avoir vu durant un mois, a été prise tout à coup de névralgie oculo-circum-orbitaire qui a résisté aux moyens employés : l'œil est perdu pour la vision. Cette femme avait autre-

(1) Dissertation sur un nouveau procédé par la réclinaison-dépression de la cataracte. Erlangen, 1844.

fois souffert de rhumatisme, et avait été soumise pendant plusieurs mois à un traitement spécial. M. Cunier voulait extraire le cristallin ; mais la malade souffrant de toux nerveuse, il fallut renoncer à ce projet.

Les deux frères Charlier, de la commune de Bomal (nos 6954 et 6955 du registre), opérés en octobre, étaient dans un état satisfaisant au moment de leur départ ; mais ils ne se sont plus représentés. Nous ne savons donc pas positivement quel a été le résultat de l'opération pratiquée aux deux yeux sur chacun de ces malades.

3 demi-succès (cataracte capsulaire secondaire permettant jusqu'à un certain degré l'exercice de la vision) ont été notés sur les 17 opérations des 3e et 4e trimestres.

Les 99 opérations pratiquées sont ainsi reparties :

Sur les deux yeux, 33 individus (66 opérations).

Le résultat fourni a été de 40 succès sur les 2 yeux (20 opérés).

9 succès sur un œil,	10 opérés.
8 demi-succès sur un œil,	
3 insuccès sur un œil,	
2 insuccès des deux yeux,	1 opéré par kératonyxie.
4 résultats incertains,	2 opérés (frères Charlier).

Sur un seul œil, 33 individus (33 opérations).

1 seule de ces opérations n'a pas fourni un résultat satisfaisant.

Sur 1 seul des opérés des deux yeux, il y a eu insuccès des deux côtés (enfant opéré par kératonyxie).

64 ont donc retiré un bénéfice positif de l'opération.

15 cataractés n'ont pas été opérés, soit à cause de contre-indications, soit parce que l'opération a dû être ajournée par divers motifs (cataracte pas assez développée, époque de l'année, etc.). Une malade, envoyée par la régence de Bruxelles, a refusé de se laisser opérer, ne voulant pas perdre, avec la cécité, *ses moyens d'existence* : la mendicité !

Je ne m'occuperai pas davantage de l'opération de la cataracte, M. Cunier devant exposer en détail les résultats obtenus pendant le 2e semestre, et ayant rapporté moi-même dans ma thèse ceux du premier semestre.

Les trois opérations de cataracte capsulaire secondaire ont eu lieu : 1 par extraction, 2 par lacération avec l'aiguille introduite, 1 fois par la sclérotique, 1 fois par la cornée. La vision a été rétablie dans les trois cas.

Les 15 amputations partielles du globe ont été pratiquées pour

des staphylômes volumineux. M. Cunier procède à cette opération de la manière suivante : Les paupières étant écartées au moyen du blépharostat, il saisit de la main gauche, à l'aide des pinces d'Andreae, le sommet du staphylôme ; avec un couteau à cataracte tenu de la main droite, il divise d'un seul coup la moitié supérieure du staphylôme ; puis l'instrument est retourné et divise également d'un seul coup la moitié inférieure. Rien de plus facile à exécuter que ce procédé. Pour l'opération sur l'œil droit, la pince est tenue de la main droite, le couteau de la main gauche. On peut, si on le veut, se placer derrière le malade, et se servir alors de la main droite pour manier l'instrument tranchant.

1 extirpation du globe de l'œil a été pratiquée ; mais elle n'a pas été inscrite sur le livre, et les détails en ont été égarés. M. Cunier en a parlé (*Ann. d'Oc.*, vol. XIII, p. 39) : c'est le procédé de M. Bonnet qui a été suivi.

L'opération de la fistule lacrymale a été pratiquée 7 fois (dans 2 cas de tumeur, et 5 de fistule) afin de favoriser l'introduction du clou de plomb. Ce clou a été employé durant 4 mois, terme moyen : des instillations au nitrate d'argent, à l'eau de Goulard ; des antiscrofuleux, à cause des dispositions des malades, ont été concurremment employés. 6 guérisons ont été obtenues, et la fille d'Assche, qui reste en traitement, peut aussi être considérée comme guérie.

Dans l'entropion, le procédé de M. Cunier (*Ann. d'Oc.*, vol. X, p. 178) a été appliqué dans 18 cas ; 2 fois on a dû y revenir, et 3 fois il a fallu recourir à la section sous-cutanée de l'orbiculaire palpébral. 2 de ces introversions étaient doubles : d'où le total de 25 opérations.

2 des trois ectropions ont été guéris par l'excison de la conjonctive et la cautérisation. Le troisième était le résultat d'une ancienne carie de l'orbite ; M. Cunier y a remédié en séparant, sous la peau, les adhérences avec l'os. Le dessin de l'œil, avant et après cette opération sous-cutanée, a été envoyé à M. le docteur Sichel. Le résultat a été complétement heureux.

Dans le trichiasis, 1 fois le sol ciliaire a été enlevé selon la méthode de M. Pétrequin (*Ann. d'Ocul.*, 3e vol. sup., p. 51) ; la cure a été prompte et complète. Dans les trois autres cas, M. Cunier a eu recours à l'excision d'un lambeau cutané parallèle et contigu à l'implantation ciliaire ; la réunion a été faite sur des épingles à insectes placées à l'avance, comme il le fait dans l'entropion.

Les brides qui entretenaient, chez deux malades, le symblépharon

postérieur, ont été divisées par les ciseaux courbes ; elles étaient le résultat de cautérisations pratiquées par un oculiste des environs de Gand.

Pour ce qui est du symblépharon antérieur, l'adhérence de la paupière supérieure avec le globe ayant été détruite, M. Cunier a eu recours à la ligature palpébrale (1), employée par M. de Lerche dans le pannus : deux fils passés à travers un pli de la paupière supérieure, et fixés au front par des bandelettes, ont maintenu cette paupière hors de contact avec le globe oculaire ; des lotions et instillations avec l'eau de Goulard ont été instituées, et après quatre jours la cicatrisation s'était opérée. La paupière a été alors laissée libre durant deux jours, puis relevée encore durant quatre ; son mouvement et celui du globe sont devenus parfaitement libres, et il ne reste d'autre trace de l'adhésion qu'une légère opacité dans le segment supérieur de la cornée. Cette nouvelle application de la ligature constitue une véritable conquête chirurgicale.

L'abrasion de la cornée dans deux cas d'albugo, n'a produit aucun résultat ; dans un troisième, il s'est produit un kératocèle. Cette opération a encore été appliquée dans 16 cas d'incrustations dans la cornée de précipités formés dans des collyres mal préparés ou mal formulés, qui avaient été mis en usage dans des cas d'ulcération kératique (2). C'est pour la plupart du temps un précipité plombique qu'il a fallu enlever : M. Cunier s'est toujours servi à cet effet de la rugine oculaire dont il a donné la description dans ses *Annales*, vol. VIII, p. 279. L'abrasion a parfois exigé trois et quatre séances. Dans tous les cas, la gêne visuelle a cessé après cette opération ; mais toujours il est resté quelques traces de la présence du sel métallique insoluble.

21 fois il a été enlevé des paillettes de fer fixées dans la cornée ; un nombre considérable de corps étrangers, notamment des fragments de charbon lancés par les locomotives des chemins de fer, ont été aussi retirés d'entre les paupières et le globe : il n'en est pas fait mention dans le livre de l'Institut.

Chez un enfant d'Etterbeek (n° 6833 bis du registre), il a fallu extraire un fragment de capsule fulminante qui avait traversé la cornée et s'était fixé dans l'iris et le cristallin, et proéminait dans la chambre

(1) Voir la description de cette ligature, *Annales d'Oculistique*, vol. X, p. 281.

(2) Je renverrai à ce sujet au mémoire de M. Cunier sur le danger de l'emploi de ces collyres, *Ann. d'Oculist.*, vol. X, p. 264.

antérieure. L'opération a été faite le lendemain de l'accident.— Chez un autre enfant, un morceau de bois long de 8 millimètres, sur 4 millimètres de diamètre, avait traversé la chambre antérieure et s'était implanté dans le cristallin; une partie faisant saillie au dehors a pu être saisie, et le corps étranger a ainsi été retiré. Dans les deux cas, il s'est produit une cataracte capsulo-lenticulaire : chez l'enfant d'Etterbeek avec synéchie antérieure.— Chez un troisième malade, Clerckx (Corneille), ouvrier chez M. Desfossés, serrurier, rue des Confréries, un morceau de tôle qu'il coupait avec des ciseaux avait traversé la cornée et l'iris, et avait pénétré dans le cristallin ; la cornée a été ouverte, et ce corps étranger, saisi par la partie formant saillie dans la chambre antérieure, a été amené au dehors : il était long de 6 millimètres et avait un diamètre de 2 à 3 mill.

Le malade opéré d'une tumeur enkystée de l'orbite a été présenté à M. Cunier par M. le docteur Theis ; ce médecin a recueilli cette observation qui est des plus intéressantes : il en fera sans doute usage; c'est ce qui m'engage à en taire ici les détails. Je dirai seulement que le kyste renfermait une très-grande quantité de poils et un morceau d'os qui ressemblait assez à une dent.

Une mélanose de la caroncule lacrymale a été opérée : l'excision n'a laissé aucune trace du mal.

Le ptérygion a été opéré par ligature, selon le conseil d M. Szokalski (*Ann. d'Oc.*, 3e vol. supp., p. 148).

Pour ce qui est des pupilles artificielles, une seule a été opérée par décollement. Le sujet est Élise Taymans, femme Stiphuyt, âgée de 59 ans, de la commune d'Everberg, qui était aveugle par suite d'un coup de fusil chargé à plomb qui lui avait été tiré à bout portant par son mari, qui a été condamné de ce chef, aux dernières assises, aux travaux forcés à perpétuité. A gauche, il ne restait plus qu'un moignon. A droite, des grains de plomb avaient traversé l'iris, dont l'ouverture était oblitérée. L'iridectomédialyse, pendant laquelle le cristallin a aussi été abaissé, a fourni pour résultat qu'à l'aide d'un verre convexe n° 9, la malheureuse peut se conduire, vaquer à quelques occupations du ménage.

Dans tous les autres cas, l'excision par le procédé de Gibson a pu être mis en usage. Le résultat a été que la vue a été rendue à :

Louis Léonard de Baisy-Thy (l'œil droit avait déjà été opéré avec succès à Genappe, par M. Cunier) ;— Pierre Van den Bempden, journalier à Woluwe-St-Lambert) ;— Henri Van Meuter, journalier à Woluwe-St-Pierre ; — Marie Caroline de Beys (1), femme Adrien de Moter, de Lennick-St-Quentin ;—Hendricus, François, laboureur à Tremeloo ; — Jean-Baptiste Simon, journalier ; — Hubert Simon, journalier, de Grand-Hallez (province de Liége) ; — Philippe Van

(1) Cette femme a été admise à l'hôpital St-Jean, où elle a été soignée par M. Cunier, dans les salles de M.A. Uytterhoeven.

Alphen, de Zundert (Brabant septentrional, en Hollande); — Jean Kreisz, de Stolberg (Prusse); — une femme de Tourinnes-la-Grosse, dont nous n'avons pas le nom exact.

Deux opérés ont quitté Bruxelles le neuvième jour après l'opération, et n'ont plus été revus. Nous savons qu'ils ont récupéré une bonne vue. Tous les deux sont de la province de Namur.

L'opération a donc été suivie 13 fois du retour de la vue ; tous y voient à vaquer à leurs occupations.

Deux fois l'opération a été tentée dans des conditions qui ne permettaient pas de compter sur le succès : une pupille d'une dimension convenable a été formée, mais sans bénéfice. Enfin, une amaurose, survenue le 8e septénaire après l'opération, a détruit, chez le nommé Silverhanks, la vision rétablie.

L'espace dont je peux disposer pour ce compte rendu ne me permet pas d'entrer dans les détails de ces diverses opérations : j'y consacrerai une notice spéciale dans laquelle je relaterai chaque cas en particulier; la valeur du procédé de Gibson en ressortira, je pense, d'une manière absolue.

Je dois, pour le même motif, ajourner ce que j'ai à dire de l'opération du strabisme, qui a été instituée 63 fois. Chez 15 louches, on a opéré les deux yeux (30 myotomies), chez 28 un seul œil, — pour le strabisme convergent. — 5 sections du droit externe ont eu lieu.

Les suites sont ainsi réparties :

Strabisme externe.— 4 redressements complets.— 1 redressement incomplet.

Strabisme interne double. — 13 redressements complets (2 avec un peu de proéminence des globes, 4 avec diplopie durant 3 ou 4 semaines; 2 avec un reste de déviation d'un côté).

Strabisme interne d'un seul œil.— Chez tous, le redressement a été instantané. — 6 opérés n'ont jamais été revus; — chez 2, il est survenu une déviation externe, avec fixité du globe (guérison par l'opération de M. Jules Guérin); — dans deux cas où la suture n'a pas été pratiquée, la caroncule s'est enfoncée, l'œil est resté proéminent.

Le strabisme artificiel a été produit sur deux malades : une fois dans un cas d'albugo central, chez un enfant nommé Vanof, de Lincent, province de Liége, opéré par M. Cunier à l'hôpital St-Jean; une autre fois dans un cas où la déviation artificielle du globe pouvait favoriser la vision à travers une pupille artificielle.

Les bornes qui me sont imposées pour ce rapport ne me permettent pas de faire usage de la moisson que j'ai recueillie; je la mettrai à profit pour diverses notices spéciales que je prépare.

—

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

Annali universali di Medicina.

Du galvanisme dans le traitement de l'amaurose; par M. Finella. — Deux aiguilles ont été appliquées sur la cornée, ou sur les deux cornées quand les deux yeux étaient amaurotiques. L'auteur rapporte deux cas de guérison. Il n'a pas noté d'opacité de la cornée à la suite des applications galvaniques.

De la nature des mouvements de l'iris; par M. Guarini. — Les mouvements de l'iris sont-ils le résultat de la contraction de fibres musculaires? sont-ils l'effet d'une turgescence vasculaire, d'une sorte d'érection du tissu de cette membrane? M. Guarini, sans repousser aucune de ces deux explications, cherche à les concilier. L'iris, selon lui, est une membrane à la fois vasculaire et musculeuse. En effet, on ne saurait par le simple éréthisme vasculaire se rendre compte de l'extrême rapidité de ses mouvements. Un organe érectile exige un certain temps pour entrer en érection, et il ne passe point à cet état avec la promptitude de l'éclair, comme cela s'observe pour la pupille.

Des mouvements aussi instantanés ne peuvent évidemment s'effectuer que par le jeu de fibres musculaires. D'un autre côté, les organes formés de tissu érectile peuvent bien parcourir les divers degrés qui séparent la flaccidité de la turgescence; mais on ne les voit point passer sans interruption d'un extrême à l'autre, puis revenir brusquement à leur première situation pour reprendre non moins vite la seconde. Or, toutes ces variations s'observent pour les mouvements de la pupille. Troisièmement, pour les organes érectiles, leur repos est l'état de relâchement; et nous voyons, au contraire, que l'état passif, le repos de la pupille, est une extension tenant le milieu entre la dilatation et la contraction. Enfin, telle est encore la position (extension moyenne) dans laquelle on trouve la pupille sur le cadavre, à l'inverse des organes érectiles que la mort laisse au contraire dans une flaccidité complète.

M. Guarini ne nie pas pour cela la part que la turgescence des vaisseaux iridiens prend à la production des mouvements pupillaires; seulement, à ses yeux, ce n'est là qu'une influence accessoire

et secondaire. Voici comment il l'explique : Tous les organes érectiles de l'économie sont entourés de muscles ou de fibres contractiles dont la contraction, en pressant sur les veines dont ces organes sont principalement composés, y détermine une stase sanguine momentanée, sans les comprimer toutefois assez fortement pour empêcher le sang artériel d'y aborder. Dans l'iris, les vaisseaux étant entrelacés avec les fibres circulaires qui opèrent le resserrement de la pupille, on comprend que lorsque ces fibres viennent à se contracter, elles ne le peuvent faire sans arrêter le sang dans les vaisseaux; stagnation qui concourt à augmenter le resserrement pupillaire.

M. Guarini admet donc dans la structure de l'iris les deux ordres de fibres circulaires et rayonnées : les premières qui font resserrer, les secondes qui font dilater la pupille. Les circulaires reçoivent leur influence motrice des filets de la quatrième paire qui sortent du ganglion ophthalmique ; les fibres rayonnées sont animées par les ramuscules qui, nés des paires spinales cervicales supérieures, pénètrent dans le premier ganglion du grand sympathique, et entrent ensuite dans l'orbite, unis à la sixième paire. Les expériences suivantes tendent à établir cette distribution spéciale de tels ou tels nerfs à tel ou tel ordre de fibres.

Si, comme l'a fait le professeur Valentin, on coupe, sur un animal vivant, la troisième paire, la pupille se dilate ; elle se resserre, au contraire, si l'on enlève le premier ganglion du grand sympathique.

M. Guarini ayant vu que la pupille est dilatée chez les animaux tués par la strychnine, imagina d'utiliser ce fait pour la détermination des sources nerveuses où l'iris puise ses diverses influences motrices. Ayant extirpé le ganglion cervical supérieur et produit ainsi le resserrement de la pupille, il administra la strychnine. La pupille du côté opéré ne se dilata qu'un peu, parce que les filets de la troisième paire, restés sans antagonistes, tendaient avec avantage à opérer son resserrement. Dans l'œil du côté non opéré, on vit, au contraire, la pupille énormément dilatée, comme cela a lieu dans les empoisonnements par la strychnine.

Autre expérience : Si, sur un cadavre encore irritable, on pique la troisième paire ou le ganglion ophthalmique, la pupille se resserre, quoique lentement, et ne se dilate plus.

Quand, sur un animal vivant, on met à découvert le ganglion cervical supérieur, si on le tue ensuite, et si on irrite la troisième paire, on observera le resserrement de la pupille, resserrement qui disparaîtra en irritant le ganglion cervical. « Ceci, ajoute l'auteur,

prouve invinciblement l'existence de fibres musculaires dans l'iris; car le tissu musculaire est le seul qui ait la propriété de se contracter après la mort sous l'influence des irritations mécaniques ou dynamiques. Et je défie bien ceux qui admettent l'éréthisme vasculaire comme seule cause des mouvements de la pupille, de produire sur le cadavre l'érection du pénis ou du clitoris avec les moyens qui déterminent les mouvements de l'iris d'une manière aussi prononcée. »

En résumé, d'après M. Guarini, le resserrement de la pupille dépend non-seulement de la contraction des fibres circulaires, mais encore de la stase sanguine que cette contraction détermine, comme nous l'avons expliqué, dans les veines de l'œil. La réalité de l'influence de cette seconde cause est mise hors de doute par l'observation suivante :

En essayant, sur un cadavre non irritable, d'amener, au moyen des stimulations les plus énergiques de la troisième paire, le resserrement de la pupille, on ne parvient jamais à rendre cette ouverture aussi étroite que chez le vivant, parce que la circulation n'ayant plus lieu, le sang n'est pas retenu dans les vaisseaux de manière à donner, comme durant la vie, le dernier degré d'étroitesse à l'orifice pupillaire. Tout au contraire, il paraîtrait que la dilatation de la pupille se fait par le seul effet de la contraction des fibres rayonnées; car l'agrandissement de l'ouverture qu'on obtient, sur le cadavre, en irritant le ganglion cervical supérieur, est tout aussi considérable que celui qui suit, chez le vivant, l'application de la belladone. (*Gazette méd. de Paris*, n° 17, 1845.)

Il Filiatre Sebezio.

D'un phénomène subjectif de la vision; par M. Nicolucci.— L'auteur traite, sous ce titre, de la persistance de l'impression des images sur la rétine. Il ne fait que répéter, sans s'en douter peut-être, ce qui a été dit par M. Serre, d'Uzès, dans notre vol. 1er, p. 291.

—

Ossification de la capsule du cristallin; par M. Vinella. — L'auteur, voulant opérer de la cataracte un individu de 45 ans, s'aperçut, dans les mouvements qu'il fit exécuter à l'aiguille pour déchirer la capsule, que celle-ci était osseuse et adhérait au cristallin d'une manière très-intime. Le même état s'offrit dans l'autre œil, et l'opération fut jugée impraticable. M. Vinella présente ce fait comme très-intéressant.

Gazetta medica di Milano.

Sur le traitement de l'entropion au moyen d'un séton passé dans la paupière et du compresseur de Sharp modifié ; par M. Flarer. — Les procédés autrefois imaginés pour la cure de l'entropion n'avaient guère qu'une influence indirecte sur la maladie. En excisant une portion de la peau, en ramenant par cette opération le cartilage tarse en dehors, on corrigeait la difformité produite ; mais comme on ne faisait rien contre sa cause, cette cause continuait à agir, et la récidive ne tardait pas à se manifester. Les chirurgiens de nos jours ont senti le vice radical de ces méthodes ; ils ont compris qu'ici, comme dans toutes les maladies, lutter contre la cause était le seul moyen d'obtenir une guérison radicale. La section sous-cutanée du muscle orbiculaire a déjà réalisé plusieurs fois avec succès cette indication entre les mains de MM. Cunier, Pétrequin, etc. Malheureusement, par sa nature même, ce moyen ne convient, ne suffit que dans les cas d'entropion peu ancien. Le séton passé à travers la paupière est un autre remède de la même espèce ; car sans doute il doit aussi une partie de ses bons effets à l'action qu'un corps étranger, tenu pendant longtemps en contact avec les fibres de l'orbiculaire, exerce nécessairement sur la contractilité viciée de ce muscle. On arriverait plus sûrement d'ailleurs au même but par la caléfaction sous-cutanée du muscle, proposée, il y a déjà longtemps, par M. J. Guérin.

Quoique, dans l'observation suivante, le traitement n'ait pas été achevé à l'aide du séton seulement, nous croyons qu'on y trouvera un exemple intéressant, propre à faire juger favorablement de la valeur clinique de ce procédé, qui a été proposé pour la première fois par M. Lerche, à St-Pétersbourg (voir *Ann. d'Oc.*, vol. X, p. 281).

Obs. — Un paysan, âgé de 20 ans, se présenta à la clinique oculistique de Pavie, avec un entropion ayant succédé à une ophthalmie scrofuleuse qui durait depuis trois ans. Il offrait l'état suivant : blépharospasme, photophobie, larmoiement continuel et abondant. Les deux paupières inférieures étaient entièrement intro-fléchies, et les deux supérieures également renversées en dedans ; de sorte que les cils allaient à chaque instant heurter le globe oculaire et qu'il était impossible de renverser assez les paupières en dehors pour apercevoir l'angle postérieur de leur bord libre. Les paupières, œdémateuses et excoriées, présentaient à leur milieu une saillie, un relief longitudinal causé par la contraction excessive des fibres de l'orbiculaire.

M. Flarer commença par arracher les cils et instiller un collyre

astringent. Il voulut aussi remédier à l'état scrofuleux au moyen d'une poudre composée d'éthiops antimonial, de soude dépurée et de magnésie calcinée; mais n'ayant obtenu aucun résultat de ce traitement, continué pendant plusieurs semaines, il se décida à tenter l'application du séton. *Dans l'intention donc d'irriter les fibres du muscle orbiculaire* (textuel), il introduisit dans la paupière supérieure gauche une longue aiguille un peu courbée, enfilée d'un fil double de coton, et il la fit ainsi passer de l'un des angles oculaires à l'autre. Les deux extrémités du fil servirent à tenir la paupière suspendue et relevée vers le front, à la manière d'une anse.

L'irritation consécutive fut de peu d'importance. Le fil, faisant effort sur la paupière, menaça bientôt de perforer la peau. M. Flarer laissa volontairement à cet effet le temps de se produire. Au septième jour, ainsi qu'il l'avait prévu, la peau s'était ulcérée sur tout le trajet du fil et donnait lieu à une cicatrice linéaire. A cette époque, la paupière avait repris une bonne position.

Encouragé par le succès, le professeur répéta la même opération du côté droit. Seulement, voulant cette fois ménager la peau, il enleva le séton dès qu'il vit la suppuration établie. Le résultat thérapeutique fut néanmoins aussi satisfaisant que dans le premier cas. La douleur avait été si légère que le malade demanda lui-même que la même opération fût faite sur les deux paupières inférieures. Elle le fut avec autant de simplicité et avec un effet aussi heureux.

Il restait encore à remplir la seconde indication, qui consiste à vaincre la tendance vicieuse du muscle orbiculaire à des contractions désordonnées. Pour obtenir ce but, Demours a conseillé de faire maintenir par le malade lui-même la paupière comprimée et replacée dans sa situation normale; mais ce moyen, d'ailleurs très-incommode, aurait évidemment été inapplicable ici, où les quatre paupières se trouvaient affectées. M. Flarer employa à cet effet le compresseur de Sharp, modifié par lui de manière à pouvoir s'adapter à toutes les variétés individuelles de conformation de l'orbite.

Au bout d'un mois d'application de cet instrument, le spasme palpébral, la photophobie et l'épiphora avaient cessé. On put alors examiner l'angle postérieur du bord palpébral : on le trouva couvert d'un grand nombre de faux cils qui s'étaient développés soit sur la paupière supérieure, soit sur l'inférieure des deux yeux. La cornée offrait aussi un pannus dense. Cette complication nécessita quatre opérations successives de trichiasis; elles furent faites autour des racines des cils. Le trichiasis guérit ainsi très-promptement. Le

pannus fut ensuite traité par les collyres astringents laudanisés, et avec tant de succès que le malade sortit au bout de quatre mois et demi environ, jouissant d'une bonne vue, et avec l'espoir de l'améliorer encore en continuant l'usage du laudanum et de la pommade au précipité rouge.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Die Krankheiten der Linsensystems nach physiologischen Grundsätzen; c'est-à-dire : *Des maladies du système cristallin considérées physiologiquement* (mémoire couronné); par WILHELM STRICKER, M. D. Francfort-sur-Mein, 1845, 8°, pp. 112.

Ce mémoire, écrit en réponse à la question suivante, posée par la rédaction des *Annales d'Oculistique* : « *Déterminer, par des recherches d'anatomie pathologique, la nature et le siége de la cataracte; s'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne,* » est un commentaire savant et habile de cette pensée de M. de Walther, que l'auteur a prise pour son épigraphe : *La cataracte n'est pas une individualité morbide, mais le produit commun d'un grand nombre de maladies du cristallin et de sa capsule.* » Il est bien évident que l'adoption de cette thèse entraîne la condamnation de celle de M. Malgaigne. Tâchons de donner une idée succincte de la manière dont l'auteur a cherché à la justifier.

Il entre en matière par une description exacte de la position, de la forme et des dimensions du cristallin; il s'occupe ensuite de sa texture, qu'il considère comme fibreuse, et étudie alors séparément son corps et sa capsule. Cette dernière constitue un sac membraneux qui se laisse séparer en deux lamelles; une externe, épithélique; une interne, de nature muqueuse. Elle est unie au cristallin par un tissu cellulaire d'une extrême ténuité, formé de cellules sexangulaires. Le corps est constitué par des faisceaux régulièrement superposés en couches concentriques comme les squammes d'un oignon; chacune de ces couches contient deux éléments organiques : l'un membraneux, l'autre fibreux. C'est dans l'intervalle de ces couches que se trouve la liqueur dite de Morgagni. Ces données anatomiques, dont je ne puis exposer qu'une indication rapide, sont présentées avec beaucoup de développement et portent témoignage des connaissances profondes de l'auteur en anatomie fine.

Pour la composition chimique du cristallin, l'auteur s'en rapporte à l'analyse faite par Berzelius.

Dans le dernier chapitre du premier livre, il expose d'une manière très-circonstanciée l'état dans lequel le cristallin se trouve aux diverses époques de la gestation.

Passant à l'étude physiologique du cristallin, M. Stricker s'occupe d'abord de la nutrition, tant pendant la vie embryonnaire et fœtale que pendant la vie extra-utérine, et tout en décrivant avec soin le mode suivant lequel l'abord du sang y a lieu dans le premier état, il déclare qu'il est encore incertain si les humeurs transparentes de l'œil continuent après la naissance à recevoir directement du sang par des vaisseaux propres, ou si elles sont nourries par des vaisseaux sanguins appartenant aux autres membranes de l'œil. Il me paraît pencher cependant vers cette dernière opinion, qui explique pourquoi toute perturbation dans la circulation de la choroïde ou les procès ciliaires détermine promptement des troubles dans le corps vitré et le cristallin.

Dans le deuxième chapitre, il examine la question de la reproduction du cristallin, qu'il résout affirmativement, en s'appuyant sur un grand nombre d'expériences et de faits cliniques. En résumant leurs résultats, il précise les conditions auxquelles seules la reproduction peut se faire, et décrit les formes avec lesquelles elle s'accomplit.

Enfin, l'auteur consacre un chapitre à l'étude de la réaction du cristallin : 1° contre le galvanisme (car, à plusieurs reprises déjà on a tenté, surtout à St-Pétersbourg, l'application de cet agent au traitement de la cataracte) ; 2° contre les lésions extérieures, soit du corps, soit de la capsule.

A côté de quelques recherches sur ce sujet qui m'étaient connues, j'en ai trouvé beaucoup d'autres, et de très-importantes, qui n'étaient pas parvenues jusqu'à moi, et, tout en déplorant mon ignorance, j'ai mieux senti le prix du journal pour lequel j'écris ces lignes, puisqu'il est en grande partie destiné à nous tenir au courant des travaux et des découvertes ophthalmologiques de la studieuse Germanie.

Le troisième livre présente une revue historique des diverses théories qui ont eu cours sur le siége et la nature de la cataracte ; et ce n'est pas sans raison, qu'en faisant, dans sa préface, allusion à cette partie de son travail, l'auteur manifeste l'espoir de n'en avoir négligé aucune de quelque valeur. Pour éviter, autant que possible, toute confusion au milieu de tant d'opinions disparates, il les a classées d'après un ordre chronologique, en les rapportant à quatre

époques, dont la première commence à Hippocrate et finit à Guillaume de Salicet (1273), la deuxième s'étend de Guillaume de Salicet jusqu'à Kepler, Quarré, etc. (1273—1660), la troisième de Kepler, Quarré, Brissault, Heister, jusqu'à Philippe de Walther (1660—1810), la quatrième de Walther jusqu'à Pauli (1810—1838).—Cette partie du mémoire, qui a dû coûter bien du temps et beaucoup de recherches à l'auteur, n'est pas susceptible d'analyse. Il la termine par une réflexion dont il est impossible que je ne proclame pas la justesse, puisque, sans contester pour cela l'utilité et l'importance de l'anatomie pathologique comme élément de diagnostic, je professe depuis plus de vingt ans que des études physiologiques bien entendues et bien dirigées peuvent seules nous initier à une connaissance exacte et complète des maladies ; que la pathologie n'est qu'une branche, une suite, un complément de la physiologie, et que c'est la séparation forcée à laquelle on les a condamnées pendant trop longtemps qui a été un des principaux obstacles aux progrès de la médecine. Il dit que pour parvenir à la connaissance de la nature de la cataracte, c'est moins à la détermination de son siége qu'il faut s'attacher qu'à celle des modifications organiques qui peuvent la produire; qu'il ne faut pas l'envisager comme un fait, mais comme un acte dont il importe de saisir l'ensemble et de suivre, à cet effet, la marche et le développement. C'est en suivant cette voie qu'on se convaincra, ajoute-t-il (et cette phrase contient la réfutation de l'opinion exclusive de M. Malgaigne), qu'elle peut avoir son point de départ dans toutes les parties du cristallin, et qu'elle ne pourrait résider longtemps dans l'une d'elles, mais surtout dans la liqueur de Morgagni, sans porter la perturbation dans les autres.

C'est en partant de ces principes que, dans son quatrième livre, l'auteur aborde franchement l'étude des causes et de la nature de la cataracte.

Après avoir exposé les opinions de plusieurs ophthalmologues distingués de l'Allemagne sur les causes générales de la cataracte, et en avoir tenté le rapprochement et la conciliation, l'auteur ramène, avec Pauli, à trois formes toutes les altérations dont les cataractes sont susceptibles : ce sont le *phacosclérome*, la *phacomalacie* et la *phacohydropisie*, dont le premier, qui consiste dans l'endurcissement du cristallin, est l'effet d'une diminution de la force vitale, d'une oblitération ou d'une atrophie des vaisseaux nourriciers du cristallin, et se présente fréquemment chez les vieillards; tandis que les deux autres sont l'expression d'un état irritatif, d'un processus inflamma-

toire plus ou moins actif, et se rencontrent plus souvent dans un âge plus avancé.

L'auteur décrit avec les plus grands détails et les développements les plus circonstanciés tout ce qui a rapport à ces diverses altérations; il signale, à l'occasion du phacosclérome, la sympathie qui unit la cornée avec le corps cristallin et sa capsule, et la connexion qui existe entre le cercle sénile et les altérations du cristallin, et fournit à l'appui de son opinion plusieurs faits curieux.

En traitant de la phacomalacie ou ramollissement du cristallin, l'auteur fait observer que, suivant que l'altération de la capsule est plus ou moins avancée, on trouve dans l'ouverture pupillaire les figures les plus variées, telles que grilles, étoiles, pyramides, points, lignes, plis, toiles d'araignée, etc. Elles sont produites, ou par la vascularisation anormale de la capsule, ou par des concrétions, ou par des dépôts de pigment, ou par des rides. On peut les ramener à six formes principales qui serviront à désigner autant d'espèces de la maladie. Non content d'avoir indiqué les caractères anatomiques apercevables à l'œil nu, l'auteur les recherche au microscope, et soumet à l'analyse chimique les parties déviées de leur état normal.

La phacomalacie étant toujours, suivant notre auteur, dépendante d'une inflammation de la capsule, reconnaît pour cause tout ce qui peut provoquer celle-ci. Les maladies dyscrasiques, particulièrement la goutte, les dartres, les scrofules et la syphilis, lui semblent en favoriser le développement. Il est généralement connu, ajoute-t-il, que la cataracte est si commune chez les malades atteints de squirrhe ou de carcinome, qu'il faut considérer comme exceptionnels les cas où cette complication n'existe pas; et attendu qu'il ne s'observe pas chez des individus porteurs de fongus, la présence ou l'absence de la cataracte pourrait servir de signe diagnostique additionnel entre ces deux états morbides. On a remarqué aussi, dit-il, que la cataracte est très-fréquente chez les malades atteints de diabètès sucré.

Avant d'abandonner ce chapitre, il discute les opinions de plusieurs auteurs sur la cataracte choroïdale, la cataracte pyramidale capsulo-lenticulaire et la cataracte noire, et le termine par quelques mots sur la cataracte verte.

La phacohydropisie, que, suivant l'auteur, on ferait mieux de nommer *phacopyose*, est une liquéfaction spéciale du cristallin, produite par une sécrétion anormale, et le plus souvent par une inflammation de sa capsule. Ses caractères anatomiques sont tracés avec la plus grande netteté.

Dans le cinquième et dernier livre, on trouve les considérations les plus intéressantes sur la cataracte congéniale, dont les différentes espèces sont décrites avec le plus grand soin. Mais comme l'auteur croit qu'il n'y a pas encore de recherches anatomiques suffisantes jusqu'à ce jour pour en entreprendre une histoire générale et la rattacher aux formes de la cataracte acquise, décrites plus haut, il a pensé, et avec raison, devoir se renfermer dans l'exposition des principales opinions qui ont cours dans la science sur cette matière, et c'est en quoi il n'a laissé rien à désirer.

En acceptant, à la demande du rédacteur en chef de ce journal, la tâche de rendre compte de cette monographie, je ne me suis nullement fait illusion sur sa difficulté. Comment, en effet, espérer de donner, par un simple extrait, une idée complète d'un travail qui se compose en très-grande partie de faits, de citations et de descriptions? Aussi déclaré-je ne pas avoir la prétention d'en avoir fait une analyse suffisante. J'aurai atteint mon but si j'ai fait comprendre que c'est un travail savant, consciencieux, utile. Je m'estimerais heureux si j'avais pu faire naître l'idée d'en donner une bonne traduction française: on rendrait, en la réalisant, un véritable service à la littérature ophthalmologique de la Belgique et de la France.

FALLOT, D. M.

CHRONIQUE.

LYON. — Il s'est récemment présenté dans le service de M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, un cas non moins intéressant que rare et curieux : c'est un anévrysme de l'artère ophthalmique, consécutif à une chute sur le front. M. Pétrequin s'est décidé à lier l'artère carotide primitive. Nous savons que l'opéré va très-bien, et nous espérons que notre collaborateur en fera l'objet d'un travail destiné aux *Annales d'Oculistique*.

LA HAYE. — M. Carron du Villards est en ce moment à Nymègue. On se ferait difficilement une idée du nombre prodigieux d'ophthalmiques indigents qui ont été soignés gratuitement par cet oculiste, tant à Nimègue, qu'à Amsterdam, Brielle, Bois-le-duc, Maastricht, où il a séjourné antérieurement. Le chiffre des aveugles auxquels il a rendu la vue est énorme. La présence de M. Carron en Hollande est considérée comme un véritable bienfait par les malheureux auxquels il vient en aide, et par les chirurgiens qui s'instruisent à son contact. Aussi le gouvernement ne néglige-t-il rien pour lui faciliter les moyens d'accomplir l'œuvre humanitaire qu'il s'est imposée avec un désintéressement et une abnégation si rares de nos jours. Par cette conduite, par la distinction de ses manières, ses prévenances envers ses confrères, M. Carron s'est concilié l'estime et l'affection génerales. Xx.

ERRATUM. — Dernière livraison, p. 219, lignes 7 et 8, au lieu de *MM. Vleminckx et Hairion ont fait tomber le masque dont se couvre M. Van Roosbroeck, qui a*, etc.; *lisez :* ont fait tomber le masque dont se couvre M. Van Roosbroeck, MASQUE *qui a ébloui*, etc.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TREIZIÈME VOLUME.

(JANVIER A JUIN 1845.)

A.

B.

C.

E.

G.

